LETTRE AUX PARENTS

**Activité de brossage supervisé des dents avec dentifrice fluoré**

Nom de l’établissement :

Chers parents,



**Le saviez-vous?**

* Dès l’âge de 7 ans, plus de la moitié des enfants ont de la carie.
* La carie est une maladie évitable qui peut avoir des conséquences sur le développement des enfants.
* Le brossage des dents **avec un dentifrice fluoré**, au moins 2 fois par jour, est efficace pour diminuer la carie dentaire.

C’est pourquoi notre établissement s’engage dans le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec dentifrice fluoré. Ce programme du gouvernement s’adresse aux :

* centres de la petite enfance (CPE);
* milieux de garde subventionnés;
* services de garde en milieu familial reconnus;
* classes de prématernelle, maternelle et services de garde sur l’heure du dîner.

Cette activité débutera le . Elle aura lieu une fois par jour. Le nom de votre enfant sera écrit sur sa brosse à dents et celle-ci sera rangée dans un endroit propre et sécuritaire.

Nous superviserons l’activité de brossage des dents pour qu’elle se déroule bien et que chaque enfant utilise sa propre brosse à dents. Cet encadrement a pour but de prévenir le partage de brosses à dents entre les enfants, ce qui représenterait un risque de transmission d’infection. Si un incident devait survenir, vous serez rapidement informés et nous vous donnerons des conseils sur la conduite à suivre.

**Si vous ne souhaitez pas** que votre enfant participe à l’activité de brossage des dents, vous devez remplir le formulaire ci-dessous et nous le retourner avant le début de l’activité. Si vous souhaitez la participation de votre enfant, vous n’avez rien à faire. Si vous changez d’idée, vous pourrez retirer votre enfant de l’activité en tout temps.

Pour en savoir plus, n’hésitez pas à communiquer avec nous. Nous vous remercions de votre collaboration.

|  |
| --- |
| **Formulaire de refus de participation à** **l’activité de brossage des dents avec dentifrice fluoré*** Je refuse la participation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à l’activité de brossage des dents.

(nom de l’enfant en lettres moulées)Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(en lettres moulées)**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du parent ou du tuteur (année-mois-jour) |