



Building Excellence  
Health Services

Nombre de la Escuela Elsanor  
Fecha 1.24.22

Estimados padres de familia:

Durante el Mes Nacional de la Salud Dental de los Niños, las escuelas Públicas del Condado de Baldwin junto con la Baldwin el condado el estudio el club án una evaluación dental gratuita para los niños que estén en 1º y 3º grado. La inspección la llevará a cabo un dentista voluntario en el salón de su hijo y utilizará un depresor lingual y una luz o bien usando luz natural o bien un espejo dental. No se utilizarán instrumentos dentales. Se enviará a los padres un reporte del examen.

Con el fin de mejorar su salud dental, le pedimos que le dé permiso a su hijo de participar en esta parte del Programa de Salud Escolar.

Favor de firmar la hoja y regresarla al maestro de su hijo.

Atentamente,

[Signature]  
La enfermera de la escuela

[Signature]  
Director

(recorte en la línea)

\_\_\_\_\_ Yo doy mi consentimiento de que a \_\_\_\_\_ le examine los dientes el dentista voluntario.  
Nombre del niño con letra de molde

\_\_\_\_\_ No deseo que a \_\_\_\_\_ le examinen los dientes.  
Nombre del niño con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del Pad

\_\_\_\_\_  
El professor del niño

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa/Celular)

Revised 01/07/2019

Screening Feb. 8  
Please return signed  
form by Feb 7.



Building Excellence  
Health Services

Name of School Elsasser  
Date 1.24.22

Dear Parents:

During the National Children Dental Health Month, the Baldwin County Schools in partnership with the Baldwin County Dental Study Club will conduct a free dental screening for all children in the 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> grades. The inspection is performed by a volunteer dentist in your child's classroom using a tongue blade and flashlight or natural light or mouth mirror. No dental instruments are used. A report of the inspection will be sent to the parent.

In the interest of better dental health, we encourage you to give permission for your child to participate in this part of the School Health Program.

Please sign the permission slip below and return to your child's teacher.

Sincerely,

Joni Maurer School Nurse

Charlotte Gray Principal

(Cut along dotted line)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I hereby give my permission to have \_\_\_\_\_ teeth inspected by volunteer dentist.  
Print Child's Name

\_\_\_\_\_ I do not wish to have \_\_\_\_\_ teeth inspected.  
Print Child's Name

\_\_\_\_\_  
Print Parent Name

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Child's teacher

\_\_\_\_\_  
Phone (Home/Cell)