**PAR COURRIEL**

Inscrire la DATE

LETTRE AUX PARENTS

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

 **Nom de l’établissement :**

Chers parents,

|  |
| --- |
| 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. |

**La saviez-vous ?**

C’est pourquoi notre établissement s’engagera dans le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un 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 maternelles 4 ans et 5 ans.

Cette activité débutera (inscrire la date)      . Elle aura lieu une fois par jour. La brosse à dents de votre enfant sera identifiée à son nom 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. 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 seriez rapidement informés et nous vous donnerions des conseils sur la conduite à suivre.

**Si vous souhaitez la participation de votre enfant, vous n’avez rien à faire.** Par contre, 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. Cependant, si vous changez d’idée, vous pourrez retirer ou inscrire votre enfant à l’activité en tout temps.

N’hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez de plus amples renseignements. Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

|  |
| --- |
| **À compléter par le service de garde éducatif à l’enfance ou l’école** |
| Nom : |       |
| Fonction : |       |
| Téléphone : |       |
| Signature : |       |

|  |
| --- |
| Formulaire de **refus** de participationà l’activité de brossage supervisé des dents |
| 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 : |       | (Lettres moulées) |
| Date : |       /       /       | (Année/mois/jour) |
| Signature du parent ou du tuteur : |       |  |
|  |