

****

של פרויקטים לבריאות התלמיד בע"מ

לכבוד:

הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ילדכם מתוכנן לעבור בדיקת שיניים שנתית במסגרת השירות הדנטלי לתלמיד.

הבדיקה תיערך בבית הספר/גן ותכלול הסתכלות בפה, מסקנותיה תועברנה אליכם כתובה עם סיומה.

באם קיימת מצדכם התנגדות כלשהי לביצוע הבדיקה המתוארת, נא דאגו ליידע בכך את מחנכת /גננת מבעוד מועד ובטרם המועד שנקבע לביצוע הבדיקות בפועל.

 **בכבוד רב,**

**חוזר הורים לבדיקה בעברית (טפסים / חוזרים)**