



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de l'instruction publique, de la
formation et de la jeunesse
Office cantonal de l'enfance et de la jeunesse
Service dentaire scolaire

Association des Médecins-Dentistes de Genève

Secrétariat: Mme Ines Kreuzer
Rue de St-Jean 98, 1211 Genève 11
Tél. 058 715 32 25
Fax 058 715 32 13
ines.kreuzer@fer-ge.ch
www.amdg.ch



Shqip / Deutsch / English
عرب / Español / Italiano /
Português



Association des Médecins-
Dentistes de Genève

Genève

Le service dentaire scolaire et l'association des médecins-dentistes de Genève (AMDG) vous offre ce bon pour **3 examens dentaires gratuits** avec deux radiographies intraorales si indiqué, et instructions d'hygiène bucco-dentaire. Ce bon est destiné **aux élèves de 9^{ème}, 10^{ème} et 11^{ème}**.

Cet examen ne comprend aucun traitement. Ce bon est valable uniquement auprès d'un médecin-dentiste membre de l'AMDG dont la liste figure sur le site internet www.amdg.ch. ou d'un cabinet du service dentaire scolaire.

Il est **valable uniquement pour la scolarité concernée et 1 fois par année chez un médecin-dentiste généraliste***. Il doit être conservé pendant les 3 années du cycle d'orientation.

**Il s'agit d'une action bénévole du service dentaire scolaire et des médecins-dentistes membres de l'AMDG. Aucune indemnité ou dédommagement n'est versé par les autorités pour cette activité professionnelle au service des adolescents.*

*** Ce bon ne couvre pas les frais relatifs à une consultation chez un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie ou chirurgie orale.*

Nom et prénom :

9^{ème} année Résultat de l'examen du : _____	☐ Pas besoin de traitement ☐ Besoin mesures préventives ☐ Besoin d'un traitement dentaire (caries, orthodontie, gencives)	Date et timbre du cabinet :
10^{ème} année Résultat de l'examen du : _____	☐ Pas besoin de traitement ☐ Besoin mesures préventives ☐ Besoin d'un traitement dentaire (caries, orthodontie, gencives)	Date et timbre du cabinet :
11^{ème} année Résultat de l'examen du : _____	☐ Pas besoin de traitement ☐ Besoin mesures préventives ☐ Besoin d'un traitement dentaire (caries, orthodontie, gencives)	Date et timbre du cabinet :