



Année	Mois	Jour		

FICHE DE CONSULTATION DE MEDECINE DENTAIRE

F C D. G

Nom : Prénom (s) :

.....Prénom (s) :

Date de naissance :

Classe : **Etablissement :**

Sexe Masculin Féminin

Adresse pendant l'année scolaire :

Profession des parents :

Prise en charge sociale : N°

Antécédents :

Allergie :

Traitements en cours :

Brossage :

Tabac :

Parodonte :

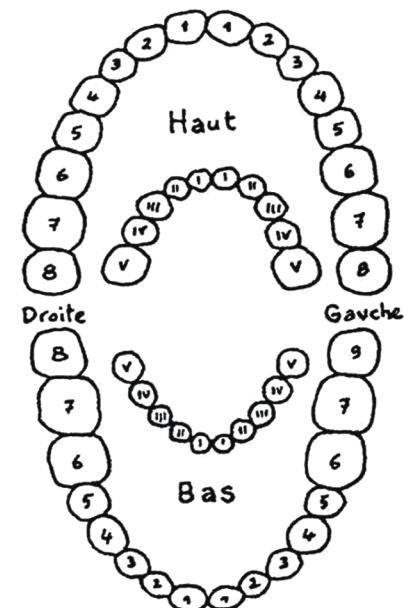
Occlusion:
E

Remarques :

.....

.....

LEGENDE	C : cariée	- S : Soin en cours
Dent	O : Obturée.	
	A : Absente — [] : Couronne.	
	R : Racine	F : Fracturée



PLAN DE TRAITEMENT

TRAITEMENT