ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES QUI ONT BENEFICIE D'UN BILAN BUCCO-DENTAIRE

Document à transmettre à l'adresse indiquée dans la convention de partenariat (adresse différente selon lazone dans laquelle l'établissement est installé).

Nom del'établissement dans lequel a eu lieu le dépistage :

Date du dépistage :

Nombre de personnes examinées :

Liste des personnes examinées :

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	BESOINS de soins oui/non

Fais-le :
Pour Handident FC, signature du praticien :
Pour l'établissement, signature du responsable :