

መመሪያዎች:- ተማሪዎች በትምህርት ቤት በሚመዘገቡበት ወቅት የትምህርት ቤት የጤና ባለሙያዎች የተማሪውን/ዋን የጥርስ ጤናን ጨምሮ፣ የጤና መረጃ ይመለከታሉ። የጤና ችግሮች ከተገኙ፣ የት/ቤት የጤና ባለሙያዎች ተማሪዎችንና ወላጆች/አሳዳጊዎችን ተገቢ የጤና አገልግሎቶች፣ የጥርስ እንክብካቤን ጨምሮ፣ እንዲያገኙ ያግዟቸዋል።

እባክዎን የዚህን ፎርም ክፍል 1 ይሙሉና የልጅዎን የጥርስ ሃኪም ወይም የጥርስ ጤና ጠባቂ/hygienist የዚህን ፎርም ክፍል 2 እንዲ(ድት)ሞላው ይጠይቁ(ቋ) ት። የተሞላውን ቅጽ በልጅዎ ትምህርት ቤት ለጤና ክፍል ይመልሱ።

የጥርስ ሃኪም/የጥርስ ጤና ጠባቂ ለማግኘት የሚረላንድ ስቴትን የጥርስ ህክምና ማህበርን በwww.msda.com በኩል በመገናኘት እርዳታ ሊገኝ ይችላል። የጥርስ እንክብካቤ የማያገኙ ከሆነ፣ እባክዎን በልጅዎ ትምህርት ቤት የት/ቤቱን ነርስ ያነጋግሩ።

**ክፍል I:- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ**

የተማሪው/ዋ ስም	የተማሪ መታወቂያ	
የትም/ቤት ስም	የትውልድ ቀን	ክፍል

**SECTION II: To be completed by the Dental office. (ክፍል 2:- በጥርስ ህክምና ፅ/ቤት የሚሞላ)**

This is to certify that I have examined the teeth of \_\_\_\_\_

and:

- All necessary dental work has been completed.
- Treatment is in progress.
- No dental work is necessary.
- Dental fluoride was applied:  Yes  No

Date of last preventive visit: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Further recommendations \_\_\_\_\_

Name of Dentist/Dental Hygienist	Telephone
Signature of Dentist/Dental Hygienist	Date Signed
Address	Fax Number

እባክዎን ይህን ፎርም በልጅዎ ት/ቤት ለሚገኘው የጤና ክፍል መልሱ።