

نموذج الموافقة على تطبيق مادة الفلورايد

الاسم	الصف	الجنسية
		<input type="checkbox"/> سعودي <input type="checkbox"/> غير سعودي

المكرم ولي أمر الطالب / الطالبة حفظكم الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

انطلاقاً من مبدأ التعاون بين وزارة الصحة، ووزارة التعليم، وهيئة الصحة العامة، تنطلق مبادرة صحة الفم والأسنان في المدارس الابتدائية والتي تهدف إلى خفض معدلات التسوس في هذه المرحلة العمرية، حيث سيقوم فريق طبي من المركز الصحي بزيارة المدرسة، لذا نأمل بالموافقة على:

تطبيق الفلورايد الموضعي على الأسنان في المدرسة

(يساعد الفلورايد على تقوية الأسنان والوقاية من التسوس)

مدير/ة المدرسة

التوقيع:

التاريخ:

أوافق لا أوافق

اسم ولي الأمر:

رقم الجوال:

التوقيع:

التاريخ: