

PMS/PSE :

- Adresse :
- Nom de l'infirmier(ère) :
- Date de l'animation :

Informations :

- Nom de l'école :
- Adresse :
- Niveau de la classe :
- Nombre d'élèves :
- Durée du Défi :

Je soussigné(e), instituteur / institutrice, déclare par la présente m'engager à relever le «Défi Dents» :

Réaliser le brossage en classe durant minimum 30 jours.

Signatures : Instituteur / institutrice : Direction :

.....



PMS/PSE :

- Adresse :
- Nom de l'infirmier(ère) :
- Date de l'animation :

Informations :

- Nom de l'école :
- Adresse :
- Niveau de la classe :
- Nombre d'élèves :
- Durée du Défi :

Je soussigné(e), instituteur / institutrice, déclare par la présente m'engager à relever le «Défi Dents» :

Réaliser le brossage en classe durant minimum 30 jours.

Signatures : Instituteur / institutrice : Direction :

.....

