

## "عد ابتساماتك" 2022

عزيزي ولي الأمر أو الوصي،

تم اختيار الصف الدراسي لطلابك في الصف الثالث للمشاركة في التقييم على مستوى الولاية التابع لإدارة الصحة في الولاية لصحة الفم لطلاب الصف الثالث "عد ابتساماتك". يتم رعاية هذا البرنامج من قبل وحدة صحة الفم التابعة لإدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS).

سوف يقوم أخصائي صحة الأسنان بإجراء فحص مجاني لأسنان الطالب لحساب عدد الأسنان والتحقق فيما إذا كان لديه أية مشاكل في الأسنان. لن يتم أخذ صور بالأشعة السينية ولن يتم تقديم علاج للأسنان. لا يحل هذا الفحص محل فحوصات الأسنان المنتظمة أو برامج طب الأسنان الأخرى في موقع مدرسة الطالب. ستصل رسالة إلى المنزل تخبرك بصحة أسنان الطالب.

إذا كنت تريد أن يشارك طالبك في فحص الأسنان، فلست بحاجة إلى إعادة هذه الإستمارة.

يرجى الإطمئنان من أن أخصائي صحة الأسنان سيتبع جميع إرشادات مكافحة العدوى التي وضعتها مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC). لن تتم مشاركة أي معلومات تعريفية مع إدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) من فحص الطالب.

شكراً لك على مساعدتنا في تعلم كيفية تحسين صحة أسنان الأطفال في ميشيغان. إذا كانت لديك أية أسئلة حول فحص "عد ابتساماتك" "Count Your Smiles"، يرجى الاتصال بإدارة الصحة والخدمات الإنسانية في ميشيغان (MDHHS) على [oralhealth@michigan.gov](mailto:oralhealth@michigan.gov)

لقراءة هذا المستند باللغة الإسبانية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: [Michigan.gov/OralHealth](http://Michigan.gov/OralHealth) وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو "Translated School Screening Documents".  
لقراءة هذا المستند باللغة العربية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: [Michigan.gov/OralHealth](http://Michigan.gov/OralHealth) وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو إلى "Translated School Screening Documents".  
لقراءة هذا المستند باللغة البنغالية، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: [Michigan.gov/OralHealth](http://Michigan.gov/OralHealth) وانتقل لأسفل الصفحة إلى "وثائق فحص المدرسة المترجمة" أو إلى "Translated School Screening Documents".



إذا كنت لا تريد أن يخضع طالبك لفحص الأسنان، فيرجى وضع علامة في خانة لا أو "NO" والتوقيع وإعادتها إلى معلم طالبك غداً أو في أقرب وقت ممكن.

الإسم الكامل للطالب:

الأول \_\_\_\_\_ ، الحرف الأول من الإسم الأوسط \_\_\_\_\_ ، الإسم الأخير أو اللقب \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ لا، لا أريد أن يخضع الطالب لفحص الأسنان

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

الغرفة:

إسم المعلم: