

CENTRAL ISLIP SCHOOL DISTRICT  
Our Lady of Providence Regional School  
82 Carleton Avenue  
Central Islip, NY 11722  
www.olprov.org  
631.234.6324 Fax# 631.234.6360

## DENTAL FORM

Dear Parents/Guardians.

Maintaining healthy teeth is vital for a child's general health. Your child's first teeth and permanent teeth must receive regular care.

New York State now requires a dental certificate as part of a student's physical exam for new entrants and for students entering Kindergarten, 2<sup>nd</sup>, 4<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> grades. This new regulation will take effect on September 1, 2008.

The form below must be completed by your family dentist and returned to the school nurse in September. Please contact your school nurse if you have any questions. Thank you.

Sincerely,

*Lawrence S. Philips*

Director of Physical Education, Health and Athletics

~~~~~  
Student's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Grade in September \_\_\_\_\_ School in September \_\_\_\_\_

The child named above has had his/her teeth examined on \_\_\_\_\_  
(date)

Please check all that apply:

\_\_\_\_\_ Is not in need of any dental care at this time

\_\_\_\_\_ Is under my care

\_\_\_\_\_ Has had all the necessary dental work completed on \_\_\_\_\_  
(date)

Provider's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Provider's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Provider's STAMP \_\_\_\_\_

Estimado Padres de Familia,

El mantener dientes saludables es esencial para la salud de un niño/niña. Los dientes de leche y los permanentes deben recibir un cuidado continuo.

El estado de Nueva York ahora requiere un certificado dental como parte del examen físico para los nuevos estudiantes que entran a Kindergarten, Segundo, Cuarto, Séptimo y Décimo grados. Esta nueva regla se llevará a cabo el primero de Septiembre de 2008.

La parte de abajo se debe llenar por su dentista y regresarlo a la enfermera de su escuela en septiembre. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a la enfermera de la escuela.

Atentamente,

Lawrence S. Philips

Director de Education Física, Salud y Atletismo

Central Islip UFSD

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado en Septiembre \_\_\_\_\_ Escuela en Septiembre \_\_\_\_\_

Fecha de examen dental \_\_\_\_\_

Marcar lo que aplique.

\_\_\_\_\_ Por el momento no necesita examen dental

\_\_\_\_\_ Esta bajo mi cuidado

\_\_\_\_\_ El examen dental ha sido terminado el día de ahora \_\_\_\_\_  
(fecha)

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Firma del Dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sello del Dentista \_\_\_\_\_