

**台東111年親子口腔保健體驗營 報名表**

為幫參加活動者保險，請以**正楷**確實填寫姓名、生日及身份證字號。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 顱顏寶貝姓名 |  | 學校/年級 |  | |
| 生日 |  | 診斷類別  \*可複選 | □唇裂 □腭裂 □唇腭裂  □小耳症 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 身分證字號 |  |
| 連絡電話 |  |
| 參加人員  (投保保險請正確填寫資料) | 姓名 | 稱謂 | 生日 | 身分證字號 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 餐點 | □葷食\_\_\_\_\_\_\_\_\_位 □素食\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_位 | | | |

★為使活動更貼近家長及孩子需要，請家長撥冗填寫下列問題：

1.顱顏寶貝是否有睡前刷牙的習慣？若沒有，原因為何？

2.顱顏寶貝是否有蛀牙？

3.顱顏寶貝的蛀牙是否已經有安排治療？若未安排，原因為何？

4.顱顏寶貝是否每半年塗氟一次？若未安排，原因為何？

(學校安排或是家長帶往牙科診所進行皆可包含在內)

誠摯邀請您的參與，讓我們一起用愛守護我們的寶貝☺