



**AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNADO DE LOS
CURSOS 5º Y 6º DE PRIMARIA EN EL TALLER DE
SALUD BUCODENTAL**

*Don/Doña _____, padre, madre o tutor/a del alumno/a
con SIP _____
del curso _____:*

AUTORIZO a mi hijo/a a participar en el TALLER DE SALUD BUCODENTAL impartido por parte del EQUIPO DE ODONTOLOGÍA del Departamento de Requena en el centro docente correspondiente.

El objetivo de este taller es que los alumnos adquieran los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que incorporen a su práctica diaria las habilidades correctas de la técnica del cepillado de dientes y lleven a cabo una alimentación no cariogénica. Al mismo tiempo, que sean capaces de realizar Talleres de Promoción de la Salud Bucodental en el resto de cursos de Primaria (1º-4º).

_____ a _____ de _____ de 20____

Firma: