



ENROLMENT FOR 2026–2027 SCHOOL YEAR

The deadline for enrollment is **October 30, 2026.**

If the enrollment deadline has passed and you were not able to enroll your child, please contact Yukon Children’s Dental Program on contacts given below. If the consent forms are received later in the school year, your child might not be able to receive full dental services.

August 24, 2026

Dear Parent/Guardian,

Attached is a copy of the Yukon Children’s Dental Program (YCDP) Consent for Examination and Prevention Services form for the 2026–2027 school year.

YCDP provides free dental services to school age children from Kindergarten to Grade 7 (born in 2014 and later) in Whitehorse and from kindergarten to Grade 12 (born in 2009 and later) in Yukon communities where there is no resident dentist. Our program includes providing diagnostic services (such as an exam and x-ray), preventative services (fluoride, sealants and tooth cleaning) and restorative services (such as fillings, crowns, temporary fillings, and silver diamine fluoride (SDF) and simple extractions. In most instances, services are provided in your child’s school.

Below is a description of services referred to on the form.

Diagnostic services

- **X-rays** — X-rays are taken to produce an image of the teeth and mouth. X-rays are used to diagnose cavities, check the health of the tooth root and bone surrounding the tooth, and check the status of developing teeth. **Duplicate or copies of x-rays are no longer available through the YCDP.**

Preventative services

- **Fluoride** — Fluoride is a naturally occurring element proven to strengthen tooth enamel and prevent tooth decay.
- **Sealants** — A fissure sealant is a white material that is placed into the grooves of the back teeth and acts as a protective coating to prevent cavities.
- **Teeth cleaning** — Teeth cleaning is part of oral hygiene and involves the removal of dental plaque and calculus (tartar).

Steps to ENROLL your child in the Children’s Dental Program

1. Complete the attached form.
2. Tick the “Yes, I consent” box.
3. Tick the box next to the services(s) you consent to your child receiving.
4. Sign and date where indicated at the bottom of the form. Signatures are a must.

If you DO NOT want to enroll your child in the Children’s Dental Program

1. Write your child’s name and school where indicated on the form.
2. Tick the “No, I do not consent” box.
3. Sign and date where indicated at the bottom of the form.
4. Return the form to the school, mail it to us at the address listed below, or drop it off at our office located at 9010 Quartz Road in Whitehorse.

If you have any questions regarding the Childrens Dental Program contact our main office at the number below or visit our website at <https://yukon.ca/en/health-and-wellness/babies-and-childrens-health/find-childrens-dental-health-services#our-school-dental-program>.

Thank you,

Staff and Management
Yukon Children’s Dental Program
Phone: 867-667-8360
Toll-free: 1-800-661-0408 ext.8360
Email: dentalhealth@yukon.ca

Mailing address

Dental Health and Social Services
Box 2701 (HD-1)
Whitehorse, Yukon
Y1A 2C6



INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2026–2027

La date limite pour inscrire votre enfant au programme est le **30 octobre 2026**.

Si la date limite d'inscription est dépassée et que vous n'avez pu inscrire votre enfant, veuillez communiquer avec le Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants aux coordonnées indiquées ci-dessous. Si les formulaires de consentement sont reçus plus tard dans l'année scolaire, votre enfant pourrait ne pas être en mesure de recevoir des services dentaires complets.

Le 24 août 2026

Bonjour,

Vous trouverez ci-joint un exemplaire du formulaire de consentement à l'examen et aux services de prévention du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants visant l'année scolaire 2026–2027.

Le Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants offre des services gratuits aux enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 7^e année (nés en 2014 ou après) à Whitehorse, et de la maternelle à la 12^e année (nés en 2009 ou après) dans les localités où il n'y a pas de dentiste en poste. Le Programme comprend des services de diagnostic (examens, radiographies), de soins préventifs (traitement au fluorure, application de scellant dentaire et nettoyage des dents) et de soins restaurateurs (obturations, couronnes, obturation temporaire, fluorure d'argent diamine). Dans la plupart des cas, les services sont fournis à l'école de votre enfant.

Vous trouverez ci-dessous une description des services en question.

Services de diagnostic

- **Radiographies** — Les radiographies servent à produire une imagerie buccodentaire. Les radiographies servent à diagnostiquer les caries, à examiner la santé de la racine dentaire et de l'os entourant la dent, et à vérifier l'état des dents en développement. **Il n'est plus possible d'obtenir des reproductions ou des copies de radiographies par l'entremise du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants.**

Soins préventifs

- **Traitement au fluorure** — Application d'un élément naturel éprouvé pour renforcer l'émail des dents et prévenir les caries.
- **Application de scellant dentaire** — Introduction d'un scellant blanc dans les sillons des molaires qui agit comme un revêtement de protection afin de prévenir les caries.
- **Nettoyage des dents** — Pratique d'hygiène buccale comprenant l'élimination de la plaque dentaire et du tartre.

Marche à suivre pour INSCRIRE votre enfant au Programme de soins dentaires pour enfants

1. Remplissez le formulaire.
2. Cochez la case « Oui, je consens ».
3. Cochez la ou les case(s) à côté du ou des service(s) que vous désirez que votre enfant reçoive.
4. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué, au bas de la page. Les signatures sont obligatoires.

Si vous NE VOULEZ PAS inscrire votre enfant au Programme de soins dentaires pour enfants

1. Indiquez le nom de votre enfant et celui de son école aux endroits appropriés.
2. Cochez la case « Je refuse ».
3. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué, au bas de la page. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué, au bas de la page.
4. Retournez le formulaire à l'école, postez-le à l'adresse indiquée ci-dessous ou déposez-le en personne au 9010, Quartz Road, à Whitehorse.

Si vous avez des questions au sujet du Programme, veuillez communiquer avec notre bureau principal au numéro ci-dessous ou consulter notre site Web, au yukon.ca/fr/sante-dentaire#programme-de-soins-dentaires-pour-enfants-en-milieu-scolaire.

Merci,

Les membres du personnel et de la direction
Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants
Téléphone : 867-667-8360
Sans frais : 1-800-661-0408, poste 8360
Courriel : dentalhealth@yukon.ca

Adresse postale

Service de santé dentaire
Santé et Affaires sociales (HD-1)
C.P. 2701
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6



YUKON CHILDREN'S DENTAL PROGRAM

CONSENT FOR EXAMINATION AND PREVENTION SERVICES

ENROLMENT FOR 2026–2027 SCHOOL YEAR

Child's information

Name of child			Date of birth YYYY - MM - DD
Gender: ☐ Female ☐ Male ☐ Non-binary ☐ Other: _____			
Address			Postal code
Parent/Guardian name	Cell phone	Work phone	Home phone
Parent/Guardian name	Cell phone	Work phone	Home phone
Email(s)			

School history

What school did your child last attend?	What school is your child attending this year?	Grade
---	--	-------

Has your child been enrolled in the Yukon Children's Dental Program before? ☐ Yes ☐ No

Medical history

Is your child currently under a doctor's care for an illness or medical condition? ☐ Yes ☐ No
If yes, list reason(s): _____

Is your child currently taking any medications? ☐ Yes ☐ No
If yes, list medications your child is currently taking: _____

Has your child ever been hospitalized? ☐ Yes ☐ No
If yes, list date(s) and reason(s): _____

Does your child smoke or use tobacco related products? ☐ Yes ☐ No Is your child pregnant? ☐ Yes ☐ No

Has your doctor advised you that your child requires antibiotics before surgery or dental treatment? ☐ Yes ☐ No

Indicate if your child has/had:

☐ a reaction to dental treatment	☐ a communicable disease (e.g. tuberculosis, sexual transmitted infection, HIV infection)	☐ allergies (e.g. food, medicine, latex, bees, milk, silver)
☐ rheumatic fever	☐ thyroid disease	☐ epilepsy
☐ heart murmur	☐ high blood pressure	☐ diabetes
☐ abnormal bleeding	☐ asthma	☐ heart disease
☐ cancer (e.g. leukemia)		☐ kidney disease
☐ liver disease (e.g. hepatitis, jaundice)		

If you answered yes or indicated your child has had any of the conditions listed above, or if your child has (or is being investigated for) a condition or disease not listed above, explain:

To provide a positive dental experience, advise if there are any reasons your child may have difficulties with dental services (disabilities – diagnosed or undiagnosed – or any behavioral struggles). We may contact you or your child's teacher for further information on how we can best provide service to your child:

Are your child's teeth brushed at least 2 times a day? ☐ Yes ☐ No ... and flossed daily? ☐ Yes ☐ No

☐ **NO, I DO NOT CONSENT** to my child being enrolled in the Yukon Children's Dental Program. We will take our child to our family dentist or use our private insurance or other coverage.

☐ **YES, I DO CONSENT** for my child to be enrolled and getting services through YCDP program staff.
As part of the examination, the services listed below may be provided by dental program staff.
YOU MUST INDICATE THE SERVICE(S) YOU CONSENT TO YOUR CHILD RECEIVING:
☐ x-rays ☐ fluoride ☐ sealants ☐ cleaning of teeth*
* This service will only be provided based on the need assessed by the clinician and time available during the school year.
Provide any additional notes for the dental program regarding your child's treatment:

Following the dental examination, if your child requires restorative dental treatment (i.e. fillings, extractions etc.) a Consent for Treatment form will be sent to obtain consent prior to providing treatment.

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN
DATE
YYYY - MM - DD



PROGRAMME YUKONNAIS DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS

CONSENTEMENT À L'EXAMEN ET AUX SERVICES DE PRÉVENTION

INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2026–2027

Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant :

Date de naissance : AAAA - MM - JJ

Genre :
☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Non binaire ☐ Autre : _____

Adresse :

Code postal :

Nom du parent/tuteur

Cellulaire

Téléphone (travail)

Téléphone (domicile)

Nom du parent/tuteur

Cellulaire

Téléphone (travail)

Téléphone (domicile)

Courriel :

Antécédents scolaires

Quelle est la dernière école fréquentée par votre enfant?

Quelle école votre enfant fréquente-t-il cette année?

Niveau

Votre enfant a-t-il déjà été inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants?
☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux

Votre enfant est-il suivi par un médecin pour le traitement d'une maladie ou d'un trouble médical?
Si oui, précisez : _____
☐ Oui ☐ Non

Votre enfant prend-il actuellement des médicaments?
Si oui, indiquez lesquels : _____
☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé?
Si oui, indiquez les dates et les raisons de son hospitalisation : _____
☐ Oui ☐ Non

Votre enfant fume-t-il ou consomme-t-il des produits du tabac?
Est-ce que votre enfant est enceinte?
☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Votre médecin vous a-t-il avisé que votre enfant doit prendre des antibiotiques avant de subir une intervention chirurgicale ou un traitement dentaire?
☐ Oui ☐ Non

Indiquez si votre enfant souffre ou a déjà souffert...

☐ de réactions à un traitement dentaire

☐ d'une maladie transmissible (ex. tuberculose, ITS, VIH)

☐ de troubles thyroïdiens

☐ de fièvre rhumatismale

☐ d'hypertension

☐ d'épilepsie

☐ de souffle cardiaque

☐ d'asthme

☐ de diabète

☐ de saignements anormaux

☐ d'allergies (ex. aliments, médicaments, latex, abeilles, produits laitiers, argent)

☐ d'une maladie du cœur

☐ d'un cancer (ex. leucémie)

☐ d'une maladie du rein

☐ d'une maladie du foie (ex. hépatite, jaunisse)

Si vous avez répondu oui ou avez indiqué que votre enfant souffre de l'un des troubles ci-dessus, ou si votre enfant souffre de troubles médicaux ou de maladies qui ne sont pas indiqués ci-dessus (ou s'il passe actuellement des tests médicaux à ce sujet), veuillez fournir des explications :

Pour rendre la visite dentaire plus agréable, dites-nous si votre enfant éprouve des difficultés à recevoir des services dentaires (incapacités – confirmées ou non – ou difficultés comportementales). Nous pourrions vous contacter ou contacter l'enseignant de votre enfant à ce sujet afin de trouver la meilleure façon de lui fournir les services :

Votre enfant se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour?
Utilise-t-il la soie dentaire quotidiennement?
☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

☐ **JE REFUSE** que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants. Nous consulterons notre dentiste ou utiliserons notre assurance privée ou une autre protection.

☐ **JE CONSENS** à ce que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants et obtienne des services par l'entremise du personnel du Programme. Les services ci-dessous peuvent faire partie de l'examen.

INDIQUEZ CEUX QUE VOUS DÉSIREZ QUE VOTRE ENFANT REÇOIVE :

☐ radiographies ☐ traitement au fluorure ☐ scellant dentaire ☐ nettoyage des dents

* Ce service ne sera offert qu'en fonction des besoins évalués par le clinicien et du temps disponible pendant l'année scolaire.

Veuillez fournir tout autre renseignement concernant le traitement de votre enfant dans le cadre de ce programme de soins dentaires :

À la suite de l'examen dentaire, si votre enfant a besoin d'un traitement de dentisterie restauratrice (ex. obturations, extractions), vous recevrez un formulaire de consentement au traitement. Aucun traitement ne sera effectué sans votre consentement.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL

DATE

Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le www.yukon.ca/healthprivacy ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@yukon.ca. Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le personnel du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants, au 867-667-8360 (sans frais au 1-800-661-0408, poste 8360), ou à dentalhealth@yukon.ca.

Veuillez retourner ce formulaire à l'école.

*English on reverse

YG(4819HSS) Rev.07/2026