

_____ (Fecha)

Estimado/s Padre/s,

El dentista visitará la escuela el _____ (fecha)

Por favor, entregue la carta de respuesta de abajo.

Atentamente,

Respuesta

✓ Sí, me gustaría que mi hijo/a, _____ sea
examinado/a por el dentista

X No, preferiría que a mi hijo/a _____ no le
examinara el dentista

Nombre: _____

Firma: _____

Letters for schools to give to parents:

5. Dentist – **Spanish**