



**BRUCE GREY
CHILD &
FAMILY
SERVICES**

Phyllis Lovell, BSW, MSW, RSW
Executive Director

DENTAL EXAMINATION

Date _____

Name of Child _____

Birth Date _____

Permanent Teeth

	8 · 7 · 6 · 5 · 4 · 3 · 2 · 1 ● 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8	
Right	_____	Left
	8 · 7 · 6 · 5 · 4 · 3 · 2 · 1 ● 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8	

Primary Teeth

	5 · 4 · 3 · 2 · 1 ● 1 · 2 · 3 · 4 · 5	
Right	_____	Left
	5 · 4 · 3 · 2 · 1 ● 1 · 2 · 3 · 4 · 5	

Treatment Provided:

Recommendations:

Dentist _____ Signature _____

640 - 2nd Avenue East
Owen Sound, ON N4K 2G8
T 519.371.4453
TF 1.855.322.4453
F 519.376.8934
inquiries@bgcfs.ca
www.bgcfs.ca