

Dr Bellaïche Elie

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS SUR MINEUR

Enfant concerné par le traitement d'orthodontie :

- Nom, Prénom :
- Date de naissance :

Le responsable légal :

- Nom, Prénom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Mail :

Je soussigné(e) responsable légal de
..... Autorise le Docteur Bellaïche Elie à pratiquer les
soins orthodontiques et les examens radiologiques nécessaires au cours de ce
traitement.

Le à Ormesson Sur Marne

Signature du responsable légal :