

Dr Bellaïche Elie

**INTERRUPTION VOLONTAIRE DU TRAITEMENT ORTHODONTIQUE : DEPOSE DE  
L'APPAREIL ET FIN DE SUIVI**

Je soussigné(e) ....., demande d'interrompre le traitement orthodontique de ..... né(e) le ....., qui a été entrepris depuis le ..... par le Dr Bellaïche.

J'ai été informé(e) que les objectifs de traitement ne sont pas atteints et que de ce fait la stabilité des acquis est compromise.

J'accepte la pleine et entière responsabilité des conséquences éventuelles de cet arrêt anticipé de traitement, et dégage par la présente le Dr Bellaïche de toute responsabilité.

Le ..... à Ormesson Sur Marne

Signature du responsable légal :