

AUTORISATION DE SOINS DENTAIRES POUR LES MINEURS

Je soussigné, (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

.....

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél domicile Tél bureau

N° de sécurité sociale

Autorise les **chirurgiens-dentistes du 63 avenue gabriel Péri**, a pratiqué les soins dentaires d'urgence et ceux qui ont été préalablement prévu dans le plan de traitement à mon enfant :

Nom

Prénom

Né(e) le

Sexe

Fait à..... , le

Signature, précédée de la mention *Lu et approuvé* :