



CABINET DENT'ALLIANCE

388 Avenue de Romans

38160 Saint-Marcellin

04.76.64.04.39

cabinet.dentalliance@gmail.com

AUTORISATION PARENTALE

(Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné(e) (NOM Prénom du parent tuteur).....
demeurant au (Adresse)

Autorise le Docteur.....à effectuer les soins
dentaires nécessaires sur mon enfant (NOM Prénom).....

Né(e) le

Date :

« Lu et approuvé »,

Signature