

Autorisation de prise en charge d'un enfant mineur

Je soussigné(e) (*personne exerçant l'autorité parentale*) :

Prénom :

Nom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

autorise les chirurgiens-dentistes à pratiquer les soins dentaires d'urgence ou ceux prévus dans le cadre du plan de traitement de mon enfant :

Prénom :

Nom :

Âge :

Fait le :

A :

Signature :