



## 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