

Dr Constance PELLERIN- MARTIN

Docteur en Chirurgie-Dentaire de la Faculté de Nantes
C.E.S Pédodontie/Prévention
D.U. Odontologie Pédiatrique Clinique, Paris V
Assistant Hospitalo-Universitaire, Rennes
10 Bd du Maréchal Lyautey
17000 La Rochelle
Tél : 05 46 42 08 37

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée Mr ou Mme (Nom, Prénom)
domicilié(e) à l'adresse suivante:
.....
en qualité de (Père, Mère, Tuteur), représentant légal

AUTORISE: les examens cliniques et radiographiques, les traitements dentaires (prévention prophylaxie, soins, extractions, prothèse, interception) et tous les actes pratiqués avec ou sans anesthésie locale et/ou loco-régionale, jugés nécessaires par le praticien dans l'administration des soins dentaires à l'enfant :

(Nom, Prénom).....
(Date et lieu de naissance).....
(Adresse domicile)

Fait à La Rochelle, le

Signature du représentant légal: