

Docteur SERVANT MAXENCE

Chirurgien-dentiste

date : __ / __ / ____

Je soussigné Mr, Mme _____ (nom, prénom), autorise le Dr SERVANT MAXENCE a pratiquer les soins nécessaires à sa santé bucco-dentaire sur l'enfant _____ (nom, prénom) .

Signature du représentant légal: