

**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: