



DÉCHARGE

EN CAS D'AUTORITÉ PARENTALE EXCLUSIVE

document faisant partie intégrante du
CONTRAT D'HONORAIRES POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE SUBVENTIONNÉ
établi par le médecin-dentiste/orthodontiste traitant

Le/la soussigné/e :

Nom :

Prénom :

déclare avoir l'autorité parentale exclusive pour son enfant mineur

Nom :

Prénom :

Signature :

Lieu et date :