



Je soussigné M. / Mme / Melle :

Le père – La mère – Le tuteur légal (*entourer la mention*)

autorise le Dr Leslie COTTREEL, chirurgien-dentiste

à soigner l'enfant(NOM et Prénom)
né(e) le

et en particulier à réaliser **anesthésie(s)**
et **clichés radiographiques**
nécessaires au traitement.

A

Le

Signature du responsable légal :