

Docteur Marie-Francoise LIEBART
Chirurgien-Dentiste

Anc. Assistant Hospitalo-Universitaire
Diplôme Universitaire de Parodontologie
CES de Parodontologie

Docteur Franck RAMISCH
Chirurgien-Dentiste

Diplôme Universitaire d'Occlusodontologie
C.E.U Prothèse fixée
D.U. Réhabilitation fonctionnelle de l'app. manducateur

Aix-en-Provence, le

AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée Madame _____ , mère de l'enfant

Je soussigné Monsieur _____ , père de l'enfant

_____ , né(e) le ____ / ____ / ____

autorisons le docteur LIEBART Marie-Françoise ou le Docteur RAMISCH Franck
à pratiquer les soins dentaires nécessaires à notre enfant.

Signature de la mère:

Signature du père:

