



Dr Quentin BOISON

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale
(Orthodontie)

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je soussigné M.

Je soussignée Mme

Responsables légaux de l'enfant

Autorise le Dr BOISON à pratiquer des soins d'orthodontie sur mon enfant, ainsi que la réalisation de photographies, radiographies, empreintes, anesthésie et pose de mini-ancrage pour le bon déroulement du traitement. Les documents pourront être utilisés à des fins d'enseignement, de présentation ou de recherche.

Fait à Labenne, le :

Signature(s) :