

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

ATTESTATION PATIENT RESTITUTION DOSSIER MEDICAL

MARSEILLE, le 07/05/2024

Je soussignée Mme VIALETTE, représentant légal de MAYSSAE VIALETTE atteste avoir fait la demande de restitution du dossier médical de ma fille auprès du Cabinet Dentaire Capelette et certifie qu'il m'a été remis en main propre ce jour, comprenant le cas échéant :

☒ l'impression papier du dossier médical

☒ l'impression papier des clichés radiographiques (panoramique et/ou tomographie volumique ...)

Signature du patient ou du responsable légal
MAYSSAE VIALETTE

