

Dr
.....
.....
.....

INTERRUPTION VOLONTAIRE DU TRAITEMENT ORTHODONTIQUE :
DEPOSE DE L'APPAREIL ET FIN DE SUIVI

....., le

Je soussigné(e), demande d'interrompre le traitement orthodontique de né(e) le qui a été entrepris depuis le par le Dr

J'ai été informé(e) que les objectifs de traitement ne sont pas atteints et que de ce fait la stabilité des acquis est compromise.

J'accepte la pleine et entière responsabilité des conséquences éventuelles de cet arrêt anticipé de traitement, et dégage par la présente le Dr de toute responsabilité.

Responsable légal de l'enfant

Signature