



Centre chiropratique
Lorane Lechevalier

05 59 53 59 90 / 07 83 79 11 06

3 place Albert 1er
64000 PAU

<https://www.pau.chiropracteur.fr>

CONSENTEMENT PARENTAL

Fait à Pau, le __/__/2020

Je soussignée Mme _____ ou Mr _____ demeurant au _____ à _____, mère/père de l'enfant, autorise Mme Lechevalier, chiropracteur à Pau, n° ADELI 64 000 74 80, à prendre en charge mon enfant _____ pour un soin chiropratique.

Fait pour valoir ce que de droit.

Date :

Nom et signature du patient ou représentant légal:

Signature du chiropracteur :