

## **Groupe dentis**

DR. DÉRY     DR. Samir     DRE Maude Couillard St-Pierre     MICHEL BOSSÉ D.D.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

\*Tuteurs légaux (le cas échéant) : Nom (père): \_\_\_\_\_ Nom (Mère): \_\_\_\_\_

### Assurances :

Avez-vous une assurance ?    Oui : \_\_\_\_\_    Non : \_\_\_\_\_

Êtes-vous sur l'aide sociale ?    Oui : \_\_\_\_\_

**(Si oui, vous devez présenter votre carnet et carte d'assurance maladie a TOUS les rendez-vous)**

Quel est le meilleur moyen de vous joindre pour confirmer vos prochains rendez-vous?

Maison: ( )	Travail: ( )	Poste:
Cellulaire: ( )	E-mail:	

**\*SI VOUS VOULEZ ÊTRE AVISÉ DE VOS RENDEZ-VOUS PAR TEXTO OU PAR COURRIEL, VEUILLEZ ÉCRIRE VOTRE NUMÉRO DE CELLULAIRE ET/OU VOTRE COURRIEL.**

Veillez prendre note que nous n'acceptons pas les chèques, ni American express.

**\*\*\*VEUILLEZ NOTER QU'IL Y AURA DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES POUR TOUT RENDEZ-VOUS MANQUÉ OU ANNULÉ SANS PRÉAVIS D'AU MOINS 48 HEURES : 50\$/HEURE AVEC HYGIÉNISTE, 100\$/HEURE AVEC DENTISTE. \*\*\***

J'accepte que les photographies, radiographies, et modèles puissent être partagés pour des raisons de consultation interprofessionnelle, ou d'éducation publique et professionnelle. Tous renseignements pouvant m'identifier devront être effacés de manière à protéger mon identité.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_