



Institut Català de la Salut  
**Servei d'Atenció Primària**  
**Granollers – Mollet**  
Equip d'Atenció Primària  
Cardedeu

---

**AUTORITZACIÓ PER LA REVISIÓ BUCODENTAL 2021**

En/Na \_\_\_\_\_ pare/mare/tutor del  
nen/a \_\_\_\_\_ autoritzo que es realitzi la revisió bucodental

Signatura