**Attestation sur l’honneur**

Je soussigné(e) Dr (prénom, nom du médecin garant) exerçant la profession de… à (adresse), atteste sur l’honneur que Madame/Monsieur (prénom, nom) est salarié(e) de mon cabinet en tant qu’assistant(e) dentaire et qu’à ce titre elle/il doit pouvoir bénéficier de la formation « Hypnose au cabinet dentaire » afin de m’accompagner dans ma pratique professionnelle.

J’ai prévenu cet(te) assistant(e) que la formation est réservée exclusivement au domaine dentaire.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Lieu, le (date)

Signature du médecin garant Signature de l’assistant(e) dentaire