



CONSENTEMENT DU PATIENT

Numéro dossier
Nom
Prénom

<input type="checkbox"/> J'atteste que la personne a été informée de l'échange et du partage d'informations entre les différents professionnels
<input type="checkbox"/> J'atteste que la personne/son représentant légal est informé(e) de son droit d'opposition à tout moment
<input type="checkbox"/> RGPD

Le ___/___/___
Signature