

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CURISTE**

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTALE VILLE	
TELEPHONE MOBILE OU DOMICILE	
@DRESSE MAIL	
COMITE ENTREPRISE OU SOCIETE	
CONTRE INDICATION MEDICALE	

**NOTE D'INFORMATION**

**Je soussigné(e) .....**

Déclare sur l'honneur que mon état de santé me permet de suivre les soins qui ont été planifiés à ma demande, et pour lesquels je reconnais avoir reçu et pris connaissance de toute l'information préalable nécessaire et suffisante, me permettant de donner un consentement éclairé en la matière.

Fait aux Saintes Maries de la Mer

Le

**signature précédée de la mention « lu et approuvé »**