

Dely Ibrahim le, .....

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné (e),

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Pièce d'identité N° : .....

Déclare et m'engage à autoriser les médecins à pratiquer tous les examens biologiques et radiologiques et tous les actes médicaux-chirurgicaux jugés nécessaires.

Signature de l'intéressé

*L'amour du métier et des hommes  
au service de l'humain...*

