

	<p>CLINIQUE AL AZHAR 4, Djenane Achabou DELY IBRAHIM 16 320 Tél : 023 29 02 90 – 023 29 02 91 Fax : 023 29 02 25 Site Internet : www.cliniquealazhar.com</p>	
---	---	--

Consentement Eclairé

Dely Ibrahim, le

Je soussigné(e)

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone :

Pièce d'identité n° :

Patient enfant

Déclare et m'engage à autoriser les médecins à pratiquer sur mon enfant
..... , tous les examens biologiques et radiologiques,
ainsi que tous les actes médicaux et chirurgicaux jugés nécessaires.

Patient adulte

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

**SIGNATURE
DE L'INTERESSE(E)**