**CONSENTEMENT DU PATIENT**

**POUR LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT INFORMATISE DES DONNEES DE SANTE LE CONCERNANT**

# PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT ;

**Je soussigné(e),**

## □ Monsieur □ Madame □ Mademoiselle

Nom : Prénom(s) : Né(e) le : / / à Nationalité : Adresse :

## Ville : \_ Code postal : Pays :

N° Téléphone : Adresse mail : **@**

# POUR LE PATIENT MINEUR, PARTIE A REMPLIR PAR SON REPRESENTANT LEGAL :

## Nom : Prénom(s) : Adresse :

*\*Toutes les mentions sont obligatoires*

**JE CONSENS EXPRESSEMENT A CE QUE LES DONNEES PERSONNELLES ET LES DONNEES DE SANTE ME CONCERNANT SOIENT CONSERVEES ET TRAITEES INFORMATIQUEMENT PAR LA FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER ET SKATEBOARD. DE MEME, J’ACCEPTE QUE LESDITES DONNEES SOIENT PARTAGEES ENTRE LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE AGISSANT POUR LE COMPTE DU (DES) RESPONSABLE(S) DU TRAITEMENT MIS EN ŒUVRE, CI-APRES DESIGNE(S).**

**TRAITEMENT MIS EN ŒUVRE PAR : FEDERATION FRANCAISE DE ROLLER ET SKATEBOARD**

## Fait à : Le : / / 20

Signature(s) du Patient et/ou de son représentant légal