

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'ACCEPTÉ 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 DESIGNÉ(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