

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

PHOTOGRAPHIE POUR FIN CLINIQUE

- Consentement verbal de l'utilisateur pour prise de photographie pour fin clinique
(dossier clinique seulement)

Date : _____
aaaa/mm/jj

OU

- Formulaire de consentement AH-217 « *AUTORISATION POUR : photographies, films, enregistrements sonores, magnétoscopes et autres* » complété et signé le :

Date : _____
aaaa/mm/jj

Localisation : _____

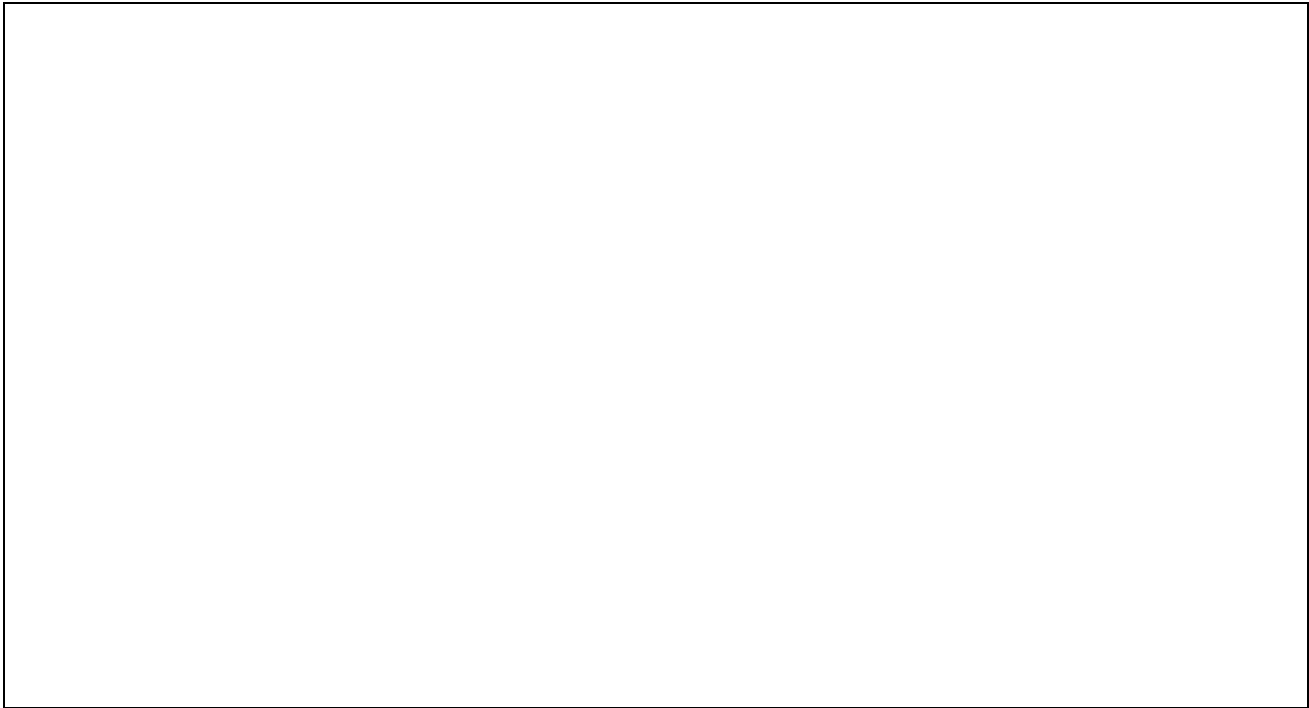
Signature et titre: _____ Date: _____

aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

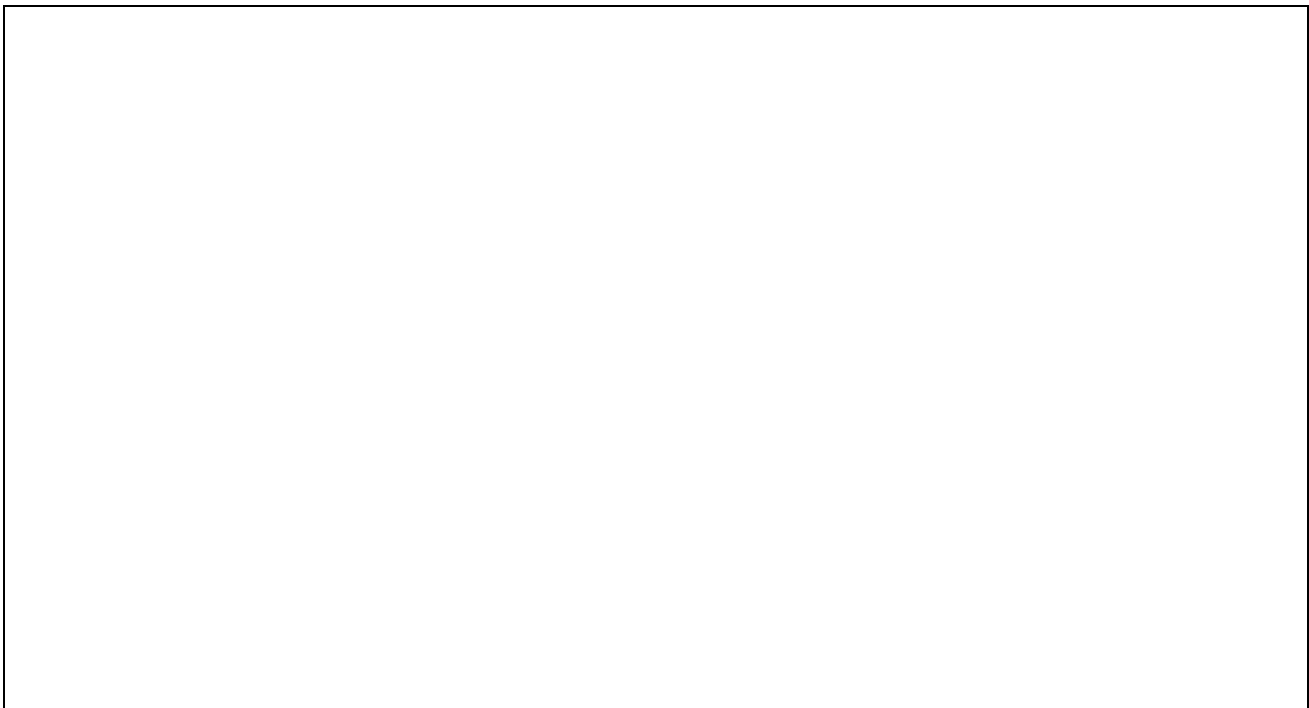
Dossier :



Localisation : _____

Signature et titre : _____ Date: _____

aaaa/mm/jj



Localisation : _____

Signature et titre : _____ Date: _____

aaaa/mm/jj