

FICHE DE CONSENTEMENT

Consultation voyageurs

Etat civil voyageur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom : Date de naissance : Genre : F M

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Consentement et autorisations

Je soussigné(e)

certifie avoir bénéficié d'une information claire et appropriée sur les bénéfices et les risques des actes de vaccination qui peuvent m'être proposés au Centre Hospitalier d'Arcachon ; et sur le conseil de prévoir un départ en zone de circulation de la fièvre jaune qu'à partir de 15 jours après avoir été vacciné(e).

autorise le centre de vaccinations internationales du Centre Hospitalier d'Arcachon à vacciner le voyageur dont l'état civil est indiqué ci-dessus – selon le programme vaccinal convenu en consultation avec le praticien.

certifie avoir été informé(e) que mes données personnelles peuvent faire l'objet d'analyse statistique anonyme destinée exclusivement à des fins médicales et de recherche ; et que je dispose d'un droit d'accès et de retrait qui s'exerce auprès du médecin chef de service.



CENTRE HOSPITALIER
D'ARCACHON

Si Enfant < 18 ans

Poids : kg

Parent 1 / Responsable légal 1 :

Parent 2 / Responsable légal 2 :

A compléter en cas de signature d'un seul responsable légal :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant précédemment désigné.

Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : M./
Mme..... est matériellement empêché de signer le présent

Date :/...../.....

Signature(s)

Voyageur

Parent 1

Parent 2

Praticien

(Si le voyageur est mineur)

