

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e), Madame.....

Monsieur.....

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'informations concernant :

La coloscopie

Qui sera réalisée par le Docteur P-Y VANNEROM

Docteur P-H BENHAMOU

A mon enfantné(e) le/...../.....

Le/...../.....

Je déclare avoir reçu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant l'acte endoscopique.

Signature du ou des parents :