

## **DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Je soussigné(e), Madame.....

Monsieur.....

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

La rectosigmoidoscopie

Qui sera réalisée par le Docteur P-Y VANNEROM

Docteur P-H BENHAMOU

Docteur M-P CORDIER-COLLET

A mon enfant .....né(e) le ...../...../.....

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

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

**Signature du ou des parents :**