



DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e), Madame.....

Monsieur.....

Explorations digestives

Fibrosopies hautes et basses

pH-métries

Manométries

Tests respiratoires à l'hydrogène

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

La rectosigmoïdoscopie

**Consultations de
Gastro-Entérologie et
Proctologie de l'Enfant
Allergie alimentaire et
Nutrition**

Qui sera réalisée par le Docteur P-Y VANNEROM

Docteur P-H BENHAMOU

**Dr P-Y Vannerom
Dr P-H Benhamou
Dr M-P Cordier-Collet**

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 :