Clinique Saint Martin Sud

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE
NEUROLOGIQUE ET ORHTOPÉDIQUE

CERTIFICAT D'AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné, Mme Mr Mlle _____

ou son représentant, Mme Mr Mlle _____

reconnaît avoir reçu une information loyale, claire et appropriée du (des) médecin(s) concernant le déroulement de mon séjour en clinique de rééducation neurologique.

Cette prise en charge inclus les séances de rééducation, le projet de soin et l'accompagnement vers l'autonomie.

Date

Signature