Clinique Saint Martin Sud

RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE
NEUROLOGIQUE ET ORHTOPÉDIQUE

CERTIFICAT D'AUTORISATION DE PRESENCE D'ETUDIANTS

Je soussigné, Mme Mr Mlle _____

ou son représentant, Mme Mr Mlle _____

autorise les étudiants présents dans le service où je suis pris en charge, à avoir accès à mon dossier médical, à suivre les visites, à participer aux soins qui me sont donnés, sous couvert du soignant responsable de l'étudiant.

Date

Signature