

B. Autorisation d'utilisation des données médicales

(Pour les mineurs, le parent ou représentant légal)

☐ Mère ☐ Père ☐ Représentant légal

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal :

Pays :

N° Téléphone :

Adresse email :

Pôle :

Je consens expressément à ce que les données personnelles et les données de santé concernant mon enfant ou me concernant soient conservées et traitées informatiquement au moyen du logiciel de gestion du dossier médical du patient du centre de santé du CREPS de Pointe à Pitre.

J'autorise accès à mon dossier médical aux médecins du centre de santé ainsi qu'au médecin fédéral national de ma discipline en cas de sélection.

Fait à , le

Signature des parents / du représentant légal