

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CODE PERMANENT : _____

ADRESSE : _____

Consentement aux services professionnels

Je, soussigné(e), _____ autorise _____,
(Nom de l'étudiant) *(nom du répondant)*

_____ des Services adaptés à procéder à une démarche de dépistage. J'ai
(titre ou fonction)
été informé(e) des objectifs visés, des avantages et inconvénients, ainsi que des limites de cette
démarche. Je comprends qu'aucun diagnostic ne pourra être émis par la personne qui
administre les outils. Seules des hypothèses cliniques et des références pourront m'être
transmises lors de cette rencontre.

Je suis libre de retirer mon consentement et de mettre un terme à la démarche à tout moment.

Signature de l'étudiant

Date

Témoïn à la signature

Date