

**DOCUMENT DE CONSENTEMENT PATIENT AUTORISANT
LA REALISATION DE CLICHES PHOTOGRAPHIQUES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Date de naissance:

Déclare:

Avoir été informé par le médecin, l'infirmière ou le podologue orthésiste du but de la réalisation de clichés photographiques de son ou ses pieds :

oui

non

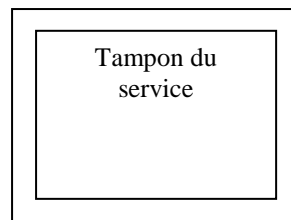
Accepter que des clichés photographiques soient réalisés :

oui

non

Date:

Signature du patient :



(1 exemplaire destiné au dossier du patient)