



**DOCUMENT DE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES**

Madame, Monsieur

Date de naissance:

Déclare:

Avoir été informé du programme par:.....

Avoir pris connaissance du document de présentation du programme

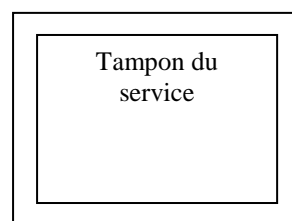
Avoir compris les informations données oralement et par écrit

Accepte d'adhérer au programme oui non

Je m'engage à respecter les rendez-vous que je prendrai, et à prévenir en cas d'empêchement, le professionnel de santé au : 02 32 96 34 93.

Date:

Signature du patient



(1 exemplaire destiné au patient, 1 exemplaire destiné au dossier du patient)