
**ATTESTATION D'INFORMATIONS
DONNEES AU PATIENT / A LA PERSONNE
et de son consentement éclairé
concernant l'accompagnement par le DAPS-85**

Je soussigné(e), M/Mme

Profession :

en charge du/de la patient.e / personne ci-dessous :

M/Mmené(e) le / /

Adresse

Coordonnées téléphoniques

Certifie :

- avoir informé le.a patient.e / personne qu'un accompagnement par le DAPS-85 sera réalisé afin d'améliorer son suivi.
- que le.a patient.e / personne a donné son consentement oral à la transmission d'informations le/la concernant.
- que le/la représentant.e légal.e a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant le.a patient.e / personne

Date : / /

Signature et/ou cachet :

Attestation à retourner :

- **Par courrier** à : DAPS-85 - Bâtiment F – Technopolis - 50, rue Jacques-Yves Cousteau 85000 LA ROCHE SUR YON
 - **Par messagerie sécurisée** : daps85@esantepdl.mssante.fr
-

