Prénom, nom : ..........................…
Adresse : .......................................

Code postal - Ville : .....................
Téléphone : ...................................
E-mail : .........................................

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : décharge de responsabilité

Je soussigné(e), Madame/Mademoiselle/Monsieur …(prénom et nom du client)… demeurant au ...(adresse)…, autorise Madame/Mademoiselle/Monsieur …(prénom et nom du praticien ou nom de la société)… à pratiquer …(décrivez le type de traitement, d’intervention, de soin)….

Je m’engage en toute conscience des risques encourus sur ma santé, suite aux mises en garde énoncées ce jour, à le/la décharger de toute responsabilité en cas de complications médicales sans aucune exception ni réserve ou d’incident de quelque nature que ce soit et à assumer seul(e) les conséquences de cet acte/de mon choix.

Je renonce donc à engager toute poursuite contre Madame/Mademoiselle/Monsieur …(prénom et nom du praticien ou nom de la société)… s’il survenait un accident.

Signature : ……………………………