**Consentement éclairé**

Je soussigné

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ma qualité de sujet pour un protocole de recherche certifie :

Avoir compris l’ensemble des informations qui m’ont été délivrées

Avoir pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension.

Avoir compris les réponses qui m’ont été apportées.

Ne pas avoir été contraint, ni influencé pour donner mon consentement.

Accepter les risques inhérents au protocole.

Être informé qu’à tout moment je peux retirer mon consentement au cours du protocole.

Date Signature