**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