**Consentement éclairé pour le patient consultant au Centre**

**Dans un contexte d'épidémie au Covid19**

Je soussigné (e),

Madame/Monsieur :

**Atteste par la présente :**

* Ne pas présenter des signes de contagiosité au covid 19
* Avoir été informé(e) du possible risque de contagiosité au Covid19 en consultant au Centre Khépri Santé
* Avoir été informé(e) des gestes barrières dans ses locaux et sachant que le risque zéro n'existe pas,
* J'accepte les soins en connaissance de cause.

Fait à, Nogent sur Marne

Date :

Signature :