

RÉVOCATION

(NOM ET PRÉNOM DU PATIENT), ÂGÉ DE _____ ANS

DEMEURANT À _____ ET TITULAIRE DE LA CARTE
D'IDENTITÉ N° _____

MONSIEUR / MADAME _____

(NOM ET PRÉNOM DU PATIENT), ÂGÉ DE _____ ANS

DEMEURANT À _____ ET TITULAIRE DE LA CARTE
D'IDENTITÉ N° _____

EN QUALITÉ DE _____ (REPRÉSENTANT LÉGAL,

PARENT OU PROCHE DE _____

(NOM ET PRÉNOM DU PATIENT)

Révoque le consentement donné le _____ et déclare ne plus vouloir
continuer le traitement, qu'à ce jour je considère terminé.

À

(LIEU ET DATE).

Signé : LE MÉDECIN

Signé : LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Signé : LE PATIENT