



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(nom et prénoms de la personne en caractères d'imprimerie)

de/du \_\_\_\_\_  
(adresse)

consens par les présentes à la divulgation ou à la transmission à \_\_\_\_\_  
(nom en caractères d'imprimerie)

ou à l'examen par cette personne, du dossier clinique constitué à/au

\_\_\_\_\_

(nom de l'établissement psychiatrique)

à l'égard de \_\_\_\_\_  
(nom du/de la malade) (date de naissance, si elle est connue)

\_\_\_\_\_

(témoin)

\_\_\_\_\_

(signature)

(si vous n'êtes pas le/la malade, indiquer le lien avec celui-ci/celle-ci)

Fait le \_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)