



Centre de réadaptation **MAB-MACKAY** Rehabilitation Centre

Nom:	
Prénom:	
No. de dossier:	
Programme:	

CONSENTEMENT AUX SOINS ET SERVICES

J'autorise les médecins et les membres du personnel clinique de l'établissement à dispenser les soins et services offerts dans le cadre des programmes, services et cliniques au Centre de réadaptation MAB-Mackay.

Je comprends que le Centre de réadaptation MAB-Mackay reçoit des stagiaires de différents milieux d'enseignement et que les médecins et membres du personnel clinique ont la responsabilité de la supervision des étudiants. **J'autorise** les étudiants à être présents et à participer aux interventions de réadaptation.

Ce consentement est valide pendant la période de prise en charge de l'utilisateur.

Signature : _____
Usager ou personne autorisée

À titre de : _____ (voir N.B. ci-bas)

Signature : _____
Témoin

Date : _____

N.B. : *On doit s'assurer que les signataires de ce formulaire sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (ex : curateur, titulaire de l'autorité parentale...) la personne est autorisée à signer.*



Centre de réadaptation **MAB-MACKAY** Rehabilitation Centre

Last Name:	
First Name:	
File N°:	
Program :	

CONSENT TO CARE AND SERVICES

I hereby authorize the physicians and members of the clinical staff of the establishment to dispense care and services in conjunction with the programs, services and clinics offered by the MAB-Mackay Rehabilitation Centre.

I understand that the MAB-Mackay Rehabilitation Centre welcomes students from different educational establishments and that the physicians and members of the clinical staff are responsible for students' supervision. **I hereby authorize** students to be present and take part in the rehabilitation intervention.

This consent is valid for the duration of involvement in care and follow-up of the user.

Signature: _____
User or authorized person

In capacity of: _____(see N.B. below)

Signature : _____
Witness

Date : _____

N.B. : *It must be verified that the persons signing this form are authorized to do so in accordance with the legislative texts in force. When necessary, please indicate the capacity (e.g.: curator, holder of parental authority...) in which the person is authorized to sign.*