

	<p align="center"><b>CLINIQUE AL AZHAR</b> <b>4, Djenane Achabou DELY IBRAHIM 16 320</b> Tél : 023 29 02 90 – 023 29 02 91 Fax : 023 29 02 25  Site Internet : <a href="http://www.cliniquealazhar.com">www.cliniquealazhar.com</a></p>	
---	---	--

## Consentement Eclairé

Dely Ibrahim, le

**Je soussigné(e)**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Téléphone :** .....

**Pièce d'identité n° :** .....

Déclare et m'engage à autoriser les médecins à pratiquer tous les examens biologiques et radiologiques, ainsi que tous les actes médicaux et chirurgicaux jugés nécessaires.

**SIGNATURE  
DE L'INTERESSE(E)**