



**E.H.P.A.D.
INTERCOMMUNAL**

Résidence «Jeanne-Rozé»

10, rue Foulques-Néra
37360 SEMBLANÇAY
Tél. : 02 47 62 74 74
Fax : 02 47 62 74 92

Résidence «Notre-Dame-des-Eaux»

Rue de la Billonnière
37390 LA MEMBROLLE
Tél. : 02 47 49 60 60

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Je soussigné (e) M

Ou le représentant légal M

De M

Autorise

N'autorise pas

L'établissement à prodiguer tous les soins et actes thérapeutiques nécessaires au maintien le mieux possible de mon état de santé.

En cas d'urgence, l'équipe de soins peut envisager mon transfert dans l'établissement de santé le plus proche ou l'établissement que je désigne explicitement ci-après :

Nom de l'établissement (hôpital, clinique) :

Le

Signature,