

## InfosAFC - Consentement Covid19

### » Consentement éclairé pour le patient consultant en cabinet de chiropraxie dans un contexte d'épidémie au Covid19.

Je soussigné, Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ atteste par la présente avoir été informé du possible risque de contagiosité au Covid19 en consultant au cabinet chiropratique de Madame/Monsieur \_\_\_\_\_

Le chiropracteur m'ayant informé des gestes barrières dans son cabinet et sachant que le risque zéro n'existe pas, j'accepte les soins chiropratiques en connaissance de cause.

Fait à :

Date :

Signature :