

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, \_\_\_\_\_,  
consens à recevoir des traitements de  
physiothérapie (incluant des évaluations  
et suivis) par le biais de la téléadaptation.

Je consens à ce que des vidéos ou captures  
d'écrans soient prises durant la séance à des  
fins thérapeutiques.

Oui  Non

*Je comprends que mon consentement peut être retiré en tout temps.*

Numéro de téléphone pour me joindre en cas de  
perte de connexion:

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse courriel pour l'envoi du lien de la réunion:

\_\_\_\_\_

Nom d'une personne à joindre en cas d'urgence:

\_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

