

Annexe III — Déclaration de consentement au don du corps à des fins d'enseignement médical et de recherche

Madame, Monsieur,

Vous avez souhaité obtenir des informations relatives à la procédure de don du corps le :

/ / 20 .

En adressant par voie postale la présente déclaration manuscrite signée de votre main, vous reconnaissez avoir pris connaissance de l'intégralité du document d'information qui vous a été remis par le responsable de la structure d'accueil des corps, et notamment des conditions d'utilisation des corps, des modalités de restitution de votre corps ou de vos cendres ainsi que des conditions d'utilisation de vos données à caractère personnel et leur destination.

Votre déclaration de don (mentions en gras à recopier dans leur intégralité dans le cadre à droite) :

<p>Je soussigné(e), (Nom d'usage ou marital, nom de naissance et prénoms en lettres majuscules)</p> <p>Né(e) le (date de naissance) à (lieu de naissance, département/ pays)</p> <p>Déclare faire don de mon corps, à mon décès, à des fins d'enseignement médical et de recherche. J'ai bien compris les informations qui m'ont été remises.</p> <p>Fait à (lieu) Le (jour/mois/année)</p> <p>Signature</p> <p>Par ailleurs, vous avez la possibilité, sans que cela constitue une quelconque obligation, de porter à la connaissance du responsable de la structure des informations* qui vous sembleraient utiles à la conduite des activités d'enseignement médical et de recherche. (*Ces informations resteront strictement confidentielles et leur utilisation limitée aux finalités du traitement informatique.)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

<p>Acceptation du don par l'établissement, date : / / - Numéro de carte :</p> <p>Désignation de la structure d'accueil :</p> <p>Signature du responsable de la structure d'accueil (nom, prénom) :</p> <p>Si vous renoncez au don de votre corps, merci de renvoyer votre carte de donneur et ce document avec la mention écrite de votre main suivie de votre signature : « en date du / / : « je renonce à faire don de mon corps »</p> <p>.....</p>
--

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	SOUHAITS DU DONNEUR
<p>DONNEUR</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Nom de naissance :</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>né(e) le : / / à :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Tél. :</p> <p>Courriel@.....</p>	<p>DEVENIR DE MON CORPS (une case à cocher)</p> <p>À l'issue des activités de formation médicale et de recherche :</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite que mon corps soit crématisé par la structure d'accueil des corps et que mes cendres soient dispersées ou déposées dans le lieu de sépulture réservé aux donateurs, sans restitution possible.</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite que mon corps soit crématisé par la structure d'accueil des corps et que mes cendres soient remises à la personne référente que j'ai désignée, ou à défaut, un proche, qui pourvoira à ses frais à mes funérailles.</p> <p><input type="checkbox"/> Je souhaite, si la nature des travaux réalisés le permet, que mon corps soit remis à la personne référente que j'ai désignée ou, à défaut, un proche et qui pourvoira à ses frais à mes funérailles.</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de volonté particulière.</p>
<p>PERSONNE RÉFÉRENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne désigne pas de personne référente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je désigne, avec son accord, la(les) personne(s) référente(s) ci-dessous :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Tél. :</p> <p>Courriel@.....</p> <p><u>Autre personne référente</u> (facultatif) :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Tél. :</p> <p>Courriel@.....</p>	<p>CÉRÉMONIE</p> <p>Je souhaite que la personne référente ou mes proches soient prévenus de la date de la cérémonie organisée en hommage aux donateurs.</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (cocher une case).</p> <p>J'accepte que mes nom et prénom soient lus</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (une case à cocher)</p> <p>INSCRIPTION MÉMORIELLE</p> <p>J'accepte que mes nom et prénom soient conservés par la structure d'accueil des corps à des fins strictement mémorielles (lecture, inscription)</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (cocher une case)</p>
	<p>Fait à, le.....</p> <p>Signature du donneur :</p> <p style="text-align: center;">MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT PAR ÉCRIT</p>