

DECLARATION DE CONSENTEMENT AU DON DU CORPS A DES FINS D'ENSEIGNEMENT
MEDICAL ET DE RECHERCHE (document recto/verso)

Madame, Monsieur,

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

En adressant par voie postale la présente déclaration manuscrite signée de votre main (2 pages), 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 les conditions d'utilisation de vos données à caractère personnel et leur destination.

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

**(Vous devez recopier les mots en gras
ci-dessous sur le tableau à droite)**

Je soussigné(e), *(Nom d'usage ou marital, nom de naissance et prénoms en lettre majuscules)*

Né(e) le *(date de naissance)*

à *(lieu de naissance, département/pays)*

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.

Par ailleurs, vous avez la possibilité, sans que cela constitue pour moi 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 seront strictement confidentielles et leur utilisation limitée aux finalités du traitement informatique)

Fait à.....Le.....

Signature :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

-DONNEUR :

Nom, prénom :

.....

Nom de Naissance :

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre

Né(e) le :/...../.....

à :

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :@.....

-PERSONNE REFERENTE :

(cocher obligatoirement une seule case)

☐ Je ne désigne pas de personne référente.

☐ Je désigne, avec son accord la personne référente ci-dessous.

Nom, Prénom :

.....

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél :

Courriel :@.....

Je souhaite que la personne référente désignée soit :

☐ Avertie après la dispersion de mes cendres.

☐ Conviée à la cérémonie d'hommage aux donneurs.

Joindre une photocopie de vos cartes d'identité recto/verso

SOUHAITS DU DONNEUR

-DEVENIR DE MON CORPS (une case à cocher obligatoirement)

A l'issue des activités de formation médicale et de recherche :

☐ 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 donneurs, sans restitution possible.

☐ 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.

☐ 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, qui pourvoira à ses frais à mes funérailles.

☐ Absence de volonté particulière.

Fait à :, le

Signature du donneur :

MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT PAR ECRIT