

## Consentement - Confirmation du choix

Je soussigné(e).....déclare :

- Avoir reçu une information complète sur la stérilisation à visée contraceptive ;
- Confirmer librement ma demande d'intervention formulée le ...../...../.....  
auprès du Dr ..... ;
- Avoir la possibilité de retirer ce consentement à tout moment avant l'intervention (article L. 1111-4 du Code de la santé publique).

Date :

Signature: