



COMPLEXE HOSPITALIER _____

SERVICE OPERATIONNEL _____

Autorisation à l'intervention du médiateur culturel

Je soussigné(e) _____ autorise

- **l'intervention du médiateur culturel, qui est tenu au secret professionnel en ce qui concerne les informations qui me concernent pour traduire ma langue et faciliter la prise en charge par les opérateurs des soins de santé.**

OUI

NON

- **à informer les membres de ma famille/mes accompagnateurs en ce qui concerne mon état de santé, ainsi que la nécessité de procéder à d'éventuels diagnostics et traitements**

OUI

NON

- **Si OUI :**

autorise à informer M./Mme _____

degré de parenté _____

DATE _____

SIGNATURE _____