

## ATTESTATION DE RENONCEMENT DE SOINS INFIRMIERS

Je soussigné ( e ) .....  
né ( e ) le .....  
domicilé ( e ) à .....  
.....  
.....

agissant en tant que :

- patient  
 responsable légal du patient (préciser) .....

atteste sur l'honneur :

- ① avoir été informé ( e ) par les infirmiers (titulaires ou collaborateurs ou remplaçants) du cabinet infirmier situé .....  
.....  
des risques liés à l'arrêt des soins infirmiers.
- ② avoir décidé en connaissance de cause d'interrompre ces soins à compter du  
.....
- ③ Je les dégage donc de toutes responsabilités en cas de problème, de quelque ordre que ce soit, liés à l'arrêt des soins.

Fait à .....

Le .....

Signature du patient ou de son représentant légal.