



Association Secours Infirmiers  
12 rue de la manade  
34970 Lattes

## DECHARGE DE RESPONSABILITE LORS DES INTERVENTIONS COORDONNEES PAR L'ASSOCIATION SECOURS INFIRMIERS

Je soussigné(e) .....  
N° RPPS / Adeli : .....  
N° Ordinal : .....  
N° RCP : .....  
Nom de l'Assureur : .....

Décharge par la présente lettre, l'association SECOURS INFIRMIERS de toute responsabilité lors des activités et déplacements organisés dans le cadre de la crise sanitaire et du dépistage de masse.

Je renonce à faire valoir toutes revendications de quelque nature qu'elles soient, auprès de l'association et de ses membres. Ceci concerne en particulier les cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres se produisant lors de la participation au dépistage de masse.

Je m'engage à prendre toutes les responsabilités lors des gestes médicaux tels que tests nasopharyngés pour RT-PCR et/ou tests antigéniques et/ou la vaccination, prises de sang ou tous actes inclus dans mon décret de compétences.

Je certifie que je suis assuré(e) au titre de mon assurance responsabilité civile vis-à-vis des tiers et des dommages corporels et incorporels qui pourraient être causés au cours de la pratique professionnelle des gestes médicaux.

Je suis informé(e) qu'il n'y a aucun lien de subordination entre SECOURS INFIRMIERS et moi-même, et que je suis libre d'accepter ou de refuser les missions qui me sont proposées.

Le refus de signer cette décharge de responsabilité ou la non-présentation de celle-ci, réserve le droit à l'association d'exclure la participation du professionnel de santé et/ou du secouriste à participer au dépistage de masse coordonné par celle-ci.

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »