

## Laboratoire AWD – Consentement éclairé et confidentialité

( Morpho-psychologie du visage )

Nom et prénom du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

### Objet du consentement :

Je comprends que je suis invité(e) à participer à une analyse morpho-psychologique du visage dans le cadre du protocole AWD / Flash & Bauer.

Je suis informé(e) que :

- Cette analyse est non médicale et n'a pas de valeur diagnostique.
- Elle consiste en l'observation des traits du visage pour proposer des pistes de compréhension de la personnalité.
- Elle est destinée à l'accompagnement personnel et au développement de soi.

Je consens librement à partager des données photographiques ou descriptives.

Mes données sont traitées de façon confidentielle, jamais transmises sans accord, et peuvent être supprimées sur demande.

Je suis libre de retirer mon consentement à tout moment sans justification.

Signature du client : \_\_\_\_\_ (“Lu et approuvé”)

Signature du praticien : \_\_\_\_\_

Nom et cachet AWD / Flash & Bauer