

## Laboratoire AWD – Consentement éclairé et confidentialité

( Rapport transgénéalogique )

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

### Objet du consentement :

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

Je suis informé(e) que :

- Cette démarche **n'a pas de valeur diagnostique médicale ou psychothérapeutique.**
- Elle consiste **en une exploration symbolique et réflexive des liens familiaux et des transmissions générationnelles.**
- Elle est destinée **au soutien de la compréhension de soi et à l'accompagnement personnel.**

Je consens librement à partager des **données familiales personnelles** en toute confiance.

Ces données sont **traitées en toute confidentialité, jamais transmises sans accord, et peuvent être détruites 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