

Mme, M. : \_\_\_\_\_ (nom et prénom)

Je certifie :

1. **avoir donné mon accord** pour participer volontairement à une **évaluation de mobilité fonctionnelle** réalisée via la solution **Gaitwin** (Age Impulse) : ceinture portée à la taille équipée d'un capteur miniaturisé non invasif, pendant **quelques secondes**, afin de collecter des **données de mouvement** et restituer des **indicateurs/indices** à des fins **informatives et éducatives** ;
2. **avoir eu la possibilité** de poser toutes les questions que je souhaitais sur la nature, les objectifs et les conditions liées à ma participation ;
3. **avoir eu un délai de réflexion suffisant** entre l'information et le consentement ;
4. **avoir pris connaissance** des informations relatives à la protection des données (RGPD), notamment via la politique de confidentialité disponible sur le site d'Age Impulse et/ou communiquée par l'organisation réalisant l'évaluation.

#### Information importante (usage informatif/éducatif)

J'ai compris que les informations fournies par Gaitwin sont **indicatives**, à des fins **informatives et éducatives**, **ne constituent pas un diagnostic et ne remplacent pas un avis médical**. Elles ne doivent pas être utilisées comme base unique d'une décision médicale.

J'ai compris les contraintes et les bénéfices liés à ma participation.

#### Accès aux informations / confidentialité

J'accepte que les personnes impliquées dans la réalisation et le suivi de cette évaluation puissent accéder aux informations **strictement nécessaires** dans le respect de la confidentialité.

Le cas échéant, j'accepte que des personnes **dûment habilitées** par les **autorités compétentes** (ex. **ANSM, CNIL**) puissent accéder aux informations strictement nécessaires **dans le cadre de leurs missions de contrôle**, sous confidentialité stricte.

#### Retrait du consentement / droits

Je peux **retirer mon consentement à tout moment**, sans justification et sans conséquence. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

À l'issue de mon **évaluation de mobilité fonctionnelle**, je pourrai être informé(e) des résultats, si je le souhaite.

---

#### Choix (cocher)

**Je consens à participer à cette évaluation dans les conditions précisées ci-dessus :**

Oui ☐ Non ☐

**Je consens au traitement de mes données personnelles pour les finalités décrites (y compris des données pouvant être considérées comme des données de santé au sens du RGPD) :**

Oui ☐ Non ☐

**Je souhaite être informé(e) des résultats à l'issue de l'évaluation :**

Oui ☐ Non ☐

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du/de la participant(e) :**

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie avoir communiqué au/à la participant(e) toute l'information relative à l'évaluation de **mobilité fonctionnelle**, avoir répondu à ses questions et recueilli son consentement.

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du représentant / intervenant :**

---