



Participant(e) : _____ Nom et prénom

1. Déclaration du participant

- Je consens librement à participer à une évaluation de la mobilité fonctionnelle réalisée à l'aide de la solution GaiTwin® afin de collecter des données de mouvement et de générer des indicateurs de mobilité à des fins exclusivement informatives et éducatives.
- J'ai pu poser toutes les questions relatives à la nature, aux objectifs et aux conditions de ma participation.
- J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de donner mon consentement.
- J'ai pris connaissance des informations relatives au RGPD et de la Politique de confidentialité d'Age Impulse.

2. Information importante

- Les informations fournies par GaiTwin® sont exclusivement destinées à des fins informatives et éducatives.
- Elles ne constituent pas un diagnostic médical, ne remplacent pas l'avis d'un professionnel de santé et ne doivent pas être utilisées comme fondement unique d'une décision médicale.
- J'ai compris les bénéfices et les limites de cette évaluation.

3. Confidentialité

- J'accepte que seules les personnes habilitées participant à cette évaluation accèdent aux informations strictement nécessaires.
- Les autorités compétentes dûment habilitées pourront également y accéder dans le cadre de leurs missions, sous une stricte obligation de confidentialité.

4. Retrait du consentement

- Je peux retirer mon consentement à tout moment, sans justification et sans conséquence préjudiciable.
- Je conserve l'ensemble des droits prévus par la réglementation applicable.
- Si je le souhaite, je pourrai être informé(e) des résultats.

5. Consentement

Je consens à participer à cette évaluation :

☐ Oui ☐ Non

Je consens au traitement de mes données personnelles (y compris des données de santé au sens du RGPD) :

☐ Oui ☐ Non

Je souhaite être informé(e) des résultats :

☐ Oui ☐ Non

Date	____/____/____
Signature du/de la participant(e)	

Je soussigné(e), certifie avoir fourni au participant toutes les informations utiles, répondu à ses questions et recueilli son consentement éclairé.

Date	____/____/____
Signature de l'évaluateur / représentant habilité	