

**Validation des clipettes**

 A

 Le

Je soussigné -e-

Hôpital ou structure :

Service :

Responsable :

Adresse complète :

Mail :

Autorise et valide l’utilisation des Clipettes visant à maintenir les tubulures des dispositifs médicaux.

je m’assure du bon usage des Clipettes et mets en place les dispositions nécessaires à l’hygiène et à la sécurité de cet accessoire.

Enfin, je dégage toute responsabilité à l’association Léon, la tête dans les étoiles en cas d’incident de toute nature que ce soit lié aux Clipettes

 Signature précédée de la mention « lu et approuvée »