

Formulaire d'engagement

Les soussignés,

M.....

Mme.....

Agissant en qualité de :.....

De l'enfant :.....

Né le :/...../.....

Déclarons accepter de bénéficier du dispositif mis en place par le Réseau de Santé (*Résodys*) pour la prise en charge médicale des troubles d'apprentissages dont souffre l'enfant susnommé.

Nous avons pris connaissance de la notice d'information du réseau dont nous avons reçu une copie et obtenu toutes les informations souhaitées du Dr.....

Nous autorisons le recueil et l'échange entre les membres du réseau de données nominatives concernant notre enfant, dans le respect des dispositions réglementaires et des règles déontologiques.

Nous autorisons également la présence du psychologue et/ou médecin scolaire qui assureront le lien entre l'équipe soignante et l'équipe éducative.

Nous acceptons que l'équipe multidisciplinaire informe notre médecin traitant de l'inclusion de notre enfant dans le réseau de santé Résodys :

oui

non

Nous acceptons que l'équipe multidisciplinaire communique les bilans (psychomoteur, neuropsychologique et orthophonique) et les synthèses à notre médecin généraliste :

oui

non

Le droit d'accès et de modification de ces informations peut être obtenu par l'intermédiaire d'un médecin désigné par nous auprès du médecin coordinateur du réseau.

Nous donnons notre accord pour l'utilisation à des fins d'études statistiques ou épidémiologiques des informations concernant notre enfant, informations qui auront alors préalablement été rendues anonymes.

Nous avons noté que notre participation au réseau pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée au médecin réseau. Les soins ultérieurs seraient alors effectués normalement dans le cadre de la réglementation générale applicable.

Fait à, le/...../.....

(Signature précédée de la mention
manuscrite : « lu et approuvé ».)

(Signature précédée de la mention
manuscrite : « lu et approuvé ».)

BULLETIN D'ADHESION

à retourner accompagné d'un chèque d'un montant de 15 € à l'ordre de :
Résodys

NOM : ----- Prénom : -----

Représentant légal du patient : -----

Profession : -----

Adresse personnelle : -----



Fait à : ----- le : ---/---/-----

Signature obligatoire :

Les renseignements contenus dans le présent bulletin d'adhésion faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège. Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales.