

Formulaire d'engagement et adhésion praticiens

Je soussigné(e),

M.

Adresse professionnelle :

.....

Qualité :

Diplôme justifiant de la qualification professionnelle :

Inscription à l'ordre des médecins : n° Département

Numéro d'identification d'orthophoniste : n° Préfecture

Numéro d'identification de psychomotricien : n° Préfecture

Numéro d'identification de neuropsychologue : n° Préfecture

Numéro d'identification autre : n°

Déclare accepter devenir un des membres de l'équipe patient dans le cadre du réseau de santé troubles d'apprentissages (*Résodys*) et/ou adhérer volontairement à *Résodys*, participer aux réunions de synthèses (physiquement ou virtuellement), de donner soit une fiche de consultation (pour les médecins réseaux) un bilan complet ainsi que le profil Résodys (pour les para-médicaux) tout au long de la prise en charge de l'enfant dans le réseau de santé.

Je m'engage à suivre les patients me concernant durant la période de la prise en charge Résodys.

Liste des patients pour l'année

N° enfant dans Résodys	Nom	Prénom

J'ai pris connaissance de la notice d'information praticien et obtenu toutes les informations complémentaires souhaitées de la part du médecin coordinateur du réseau, le Docteur Michel Habib.

Je déclare accepter les modalités de fonctionnement établies par le réseau.

Je m'engage à ne pas utiliser ma participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité (cette interdiction ne s'appliquant pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères).

J'ai noté que ma participation pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée au médecin coordinateur du Réseau.

Fait à, le .../.../.....

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

(Professionnel uniquement)

NOM : ----- Prénom : -----

Profession : -----

Adresse professionnelle : -----

Inscription à l'ordre des médecins : n° Département

Numéro d'identification d'orthophoniste : n° Préfecture.....

Numéro d'identification de psychomotricien : n° Préfecture.....

Numéro d'identification de neuropsychologue : n° Préfecture.....

Numéro d'identification de médecin : n° Préfecture.....



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.