

## CONSENTEMENT D'ADHESION

En tant que :

Mère, père, tuteur, *(rayer les mentions inutiles et compléter)*

Nom ..... Prénom .....

De l'enfant : Nom ..... Prénom .....

Né le : .....

### PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE REPPOP

- J'accepte que mon enfant soit pris en charge par PréO RéPPOP pour une durée recommandée de 2 ans**, en accord avec les préconisations de la Haute Autorité de Santé.

J'ai pris connaissance et accepte les conditions de prise en charge détaillées dans le document d'information sur le fonctionnement de PréO RéPPOP. Il m'a été précisé que je suis libre d'adhérer à PréO ou de le refuser.

Je suis au courant que je peux arrêter la prise en charge PréO après en avoir informé PréO. Cette décision ne pourra en rien modifier les relations avec mon médecin et la qualité des soins pour mon enfant.

Notre engagement dans le réseau, parent(s) et enfant, consiste autant que possible, à participer au plan personnalisé de soins et de suivi qui nous sera proposé, et à suivre les conseils de santé proposés par les professionnels. Nous nous engageons à prendre rendez vous avec les différents professionnels et à les honorer (il est indispensable de prévenir pour annuler un rendez-vous en cas d'imprévu).

### TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES ET DOSSIER PARTAGE

- J'ai pris connaissance et accepte les conditions concernant le traitement des données personnelles et du dossier partagé détaillées dans le document d'information sur le fonctionnement de PréO RéPPOP.

J'autorise	Je refuse	DOSSIER REGIONAL DE SANTE *
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>PréO RéPPOP et les professionnels libéraux de l'équipe de soins PréO qui participent à la prise en charge de mon enfant</b> à avoir accès et à compléter le dossier régional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>PréO à informer le médecin traitant</b> de mon enfant de sa participation au parcours de soins PréO RéPPOP

Nom du médecin traitant de votre enfant : ..... Ville : .....

**Vous pouvez refuser l'accès et les échanges au Dossier Régional de l'enfant concerné à un ou plusieurs professionnels de santé**, merci d'indiquer ci-après leur(s) nom(s), prénom(s), adresse(s) :

.....  
.....  
.....

*\* Le Dossier Régional de Santé est mis à disposition par l'Agence Régional de Santé Auvergne Rhône-Alpes et le Groupe de Coopération Sanitaire SARA Système d'information santé en Auvergne Rhône-Alpes. Si aucune case n'est pas cochée, nous considérons que vous autorisez toutes les conditions. Ces droits d'accès pourront être modifiés/supprimés sur simple demande auprès du GCS SARA, Parc technologique de la Part Dieu, 24 allées Evariste Galois – 63170 AUBIERE*

**Date :**

**Signatures du(es) titulaire(s) de l'autorité parentale <sup>(1-2)</sup>**

1. J'atteste avoir l'autorité parentale concernant l'enfant cité ci-dessus et je m'engage à informer l'autre parent de la présente démarche

2. Ma signature engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration sur mon identité. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés me donne la possibilité d'obtenir communication des informations enregistrées concernant cette demande afin de vérifier leur exactitude et de faire redresser toute anomalie constatée. Ce droit d'accès s'exerce auprès de l'administrateur du GCS SARA (GCS Plateforme SARA, Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, DSPAR, 241 rue Garibaldi, CS 93383, 69418 LYON Cedex 03) qui en référera au responsable juridique de l'outil Dossier Régional.