



# INSCRIPTION

## Enfant en situation de surpoids ou d'obésité

**Préo RéPPOP s'adresse aux enfants en situation de surpoids ou d'obésité, et aux familles.**

Territoire couvert :

**Préo BPBP** : St Etienne, si vous habitez sur St Etienne ou que votre enfant est scolarisé sur St Etienne

**Préo RéPPOP (classique)** : Drôme, Ardèche, et la moitié de la Loire (plus le canton du Roussillon dans le 38)

Vous habitez sur un territoire limitrophe, ou vous avez un doute pour savoir si vous faites partis du territoire de Préo : appelez nous au 06 79 79 25 22 (appel non surtaxé) ou regardez notre [carte ici](#)

### **Vous adhérez gratuitement et sans engagement au réseau Préo :**

Vous pouvez arrêter la prise en charge Préo à n'importe quel moment, après en avoir informé les responsables de Préo. L'inscription au réseau de santé Préo RéPPOP est valable 2 ans, avec possibilité de renouvellement.

En savoir + sur le fonctionnement de Préo : [site internet ici](#).

Les questions avec un \* astérisque sont à renseigner obligatoirement.

**En tant que Parent/responsable légal : Prénom**

**Nom** (parent/responsable légal)

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**N° de mobile** (de préférence mobile, mais vous pouvez renseigner un numéro de téléphone fixe)

**Email**

**Adhésion à PréO**

**Territoire couvert :**

**PréO RÉPPOP (classique) :** Drôme, Ardèche, et la moitié de la Loire (plus le canton du Roussillon dans le 38)  
Vous habitez sur un territoire limitrophe, ou vous avez un doute pour savoir si vous faites partis du territoire de PréO : appelez nous au 06 79 79 25 22 (appel non surtaxé) ou regardez notre [carte ici](#)

**PréO BPBP :** si vous habitez sur St Etienne ou que votre enfant est scolarisé sur St Etienne

Je suis d'accord et j'inscris mon enfant à PréO RÉPPOP pour une durée de 2 ans préconisée

Je suis d'accord et j'inscris mon enfant à PréO BPBP - St Etienne pour une durée de 2 ans préconisée

**Nom de l'enfant**

**Prénom de l'enfant**

**Sexe**

Fille

Garçon

Autre ou ne souhaite pas le renseigner

**Date de naissance de l'enfant**

**Lieu de naissance**

**Poids (en Kg)**

**Taille (en m)**

**Situation familiale**

- Parents vivant en couple
- Parents séparés ou divorcés
- Parent veuf
- Monoparentale
- Autre ou ne souhaite pas informer

**Prénom et nom du deuxième parent**

**Coordonnées téléphoniques du deuxième parent**

**Email du deuxième parent**

**En cas de parents séparés, parent veuf ou famille monoparentale, l'enfant vit avec :**

**Rencontre autre parent**

- oui
- non

**Bénéficiez-vous de la Complémentaire Solidarité Santé ?**

- oui
- non
- ne sais pas

**Médecin** traitant ou habituel de votre enfant

**Ville d'exercice du médecin** traitant

**Souhaitez-vous que Préo informe le médecin traitant (ou habituel) de l'enfant concerné par l'accompagnement Préo ?**

- oui
- non

**Utilisation "MesPatients/MonSisra"**

- J'autorise Préo RéPPOP et les professionnels libéraux de l'équipe de soins Préo qui participent à la prise en charge de mon enfant, à avoir accès et à compléter le dossier régional de santé sécurisé mise à disposition par l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes.
- Je refuse Préo RéPPOP et les professionnels libéraux de l'équipe de soins Préo qui participent à la prise en charge de mon enfant, à avoir accès et à compléter le dossier régional de santé sécurisé mise à disposition par l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes.
- Je ne sais pas, et je souhaite être recontacté par Préo RéPPOP afin d'en savoir plus pour répondre.

### Blacklist professionnelle

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) et adresse(s) si vous la connaissez :

### Vous pouvez inscrire d'autre(s) enfant(s) de votre famille au réseau Préo ci-dessous.

Si vous n'avez pas d'autre(s) enfant(s) à inscrire, **allez directement en bas du formulaire**. Merci

#### Inscription éventuelle à Préo d'un deuxième enfant de la famille :

Prénom

Nom (Enfant "2" de la famille)

Date de naissance (Enfant "2" de la famille)

#### Sexe

- Fille
- Garçon
- Autre ou ne souhaite pas le renseigner

#### Lieu de naissance

Poids (en Kg)

Taille (en m)

**Vous avez connu Préo RéPPOP ?** (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Grâce à vos recherches personnelles
- Sur internet (facebook, site internet...)
- En discutant avec le médecin ou l'infirmière scolaire
- Par le bouche à oreille
- En discutant avec votre médecin
- En discutant avec la PMI
- Autre

**Avez-vous des remarques ou des questions ?**

**Préo RéPPOP vous recontactera prochainement par téléphone.**

**A bientôt**

**Préo RéPPOP et "d'un Bon Pas pour un Bon Poids" BPBP s'associent pour proposer une prise en charge commune.**

Vous pouvez adhérer à Préo RéPPOP "classique" ou à Préo "BPBPB".

**Des particularités sur le fonctionnement Préo BPBP sont possibles. N'hésitez pas à contacter Aude Pradier : 04 77 48 64 51 ou 06 88 21 58 27 ou [aude.pradier@saint-etienne.fr](mailto:aude.pradier@saint-etienne.fr)**

**Préo RéPPOP s'adresse aux enfants et aux familles habitant en Drôme, Ardèche, Sud Loire et sur le canton de Roussillon en Isère. Vous habitez sur un territoire limitrophe, ou vous avez un doute pour savoir si vous faites partis du territoire de Préo : appelez nous au 06 79 79 25 22 (appel non surtaxé) ou regardez notre [carte ici](#)**

**L'inscription au réseau de santé Préo RéPPOP est valable 2 ans, avec possibilité de renouvellement.**

Selon l'Haute Autorité en Santé, « il est recommandé que la prise en charge s'inscrive dans la durée. [...] Il est recommandé un suivi mensuel à trimestriel d'au minimum 2 ans », c'est pourquoi Préo propose un suivi pendant 2 ans.

Vous pouvez prendre connaissance du fonctionnement du réseau Préo, disponible sur [le site internet ici](#).

**Vous êtes libre d'adhérer gratuitement au réseau Préo.**

Vous pouvez arrêter la prise en charge Préo après en avoir informé les responsables de Préo. Cette décision ne pourra en rien modifier les relations avec votre médecin et la qualité des soins pour votre enfant.

Votre engagement dans le réseau, parent(s) et enfant, consiste autant que possible, à participer au plan personnalisé de soins et de suivi qui vous sera proposé, et à suivre les conseils de santé proposés par les professionnels.<sup>1</sup>

**Les questions avec un \* astérisque sont à renseigner obligatoirement.**

**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.**

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 réfèrera au responsable juridique de l'outil Dossier Régional.

**2. Dossier régional de santé "MesPatients"** mis à disposition par l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes et le GCS : 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

[En savoir plus sur MesPatients cliquez ici](#)

[Avoir accès au consentement version papier](#)