

Consentement parental d'adhésion d'un enfant Au Réseau Pédiatrique 974

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame :

Parent ou Représentant légal de (nom et prénom de l'enfant) :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Demeurant à :

.....

Tel fixe : 0262 Tél portable :

Mail :

- Certifie que le Docteur..... m'a proposé l'intégration de mon enfant au RP974 afin de coordonner une prise en charge personnalisée avec les différents professionnels impliqués. Le pivot central de cette prise en charge est le médecin traitant.
- En signant ce document j'accepte l'adhésion de mon enfant au réseau Pédiatrique 974 et atteste avoir pris connaissance de la note d'information et reçu, à ma demande, toute explication nécessaire.
- L'adhésion au RP 974 est gratuite. A tout moment, je peux la suspendre en le signalant à mon médecin référent. Cette décision ne pourra pas influencer sur les relations avec notre médecin traitant.
- J'accepte aussi la création d'un dossier informatisé pour optimiser la coordination de mon parcours de soins et à des fins purement statistiques conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Ainsi, je consens au partage des informations contenues dans le PPS.
- Le traitement de ces données sera anonyme et respectera le secret médical.
- Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui me concernent.

Fait à, le

Signature(s) du ou des parent(s) ou représentant légal