

Je soussigné(e), Mme, Mr.....

Père, mère, tuteur (*ayer la mention inutile ou compléter*):

Nom, Prénom de l'enfant :

Né(e) le / / Sexe : M F

Atteste avoir pris connaissance et compris le document d'information sur le fonctionnement du REPPCO, ainsi que les objectifs et le déroulement du programme d'éducation thérapeutique proposé à mon enfant.

J'ai été informé que nous avons la possibilité de sortir du programme à tout moment sans préjudice d'aucune nature.

Je donne mon accord pour que les informations concernant mon enfant, recueillies lors du programme, soient diffusées et partagées entre les membres du REPPCO, ainsi qu'avec le médecin traitant de mon enfant. Il m'a été précisé que je peux consulter la charte de confidentialité signée par les professionnels de l'association.

J'ai été informé que ces informations peuvent être transmises à d'autres interlocuteurs intervenant dans la prise en charge de mon enfant, avec mon accord.

Je donne mon accord pour que les informations concernant mon enfant, après avoir été rendues anonymes, fassent l'objet d'un traitement informatique et statistique en vue des différentes évaluations de l'association; évaluations par ailleurs consultables à la demande.

Je suis averti(e) que le système informatique utilisé par le REPPCO pour préserver la sécurité et la confidentialité de mes données a été approuvé par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Conformément à la Loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification de ces informations personnelles à tout moment auprès de l'assistante coordinatrice du REPPCO.

Compte tenu de ces informations,

J'accepte que mon enfant suive le programme d'éducation thérapeutique proposé par le REPPCO

A , le

Signature :

Document conservé par

REPPCO, Maison Médicale 10 chemin de Frégeneuil 16800 Soyaux