

Formulaire d'Engagement Famille

Les soussignés,

Nom et Prénom du/des responsables légaux :

.....

Nom et Prénom du patient

Né le : / / à :

Déclarent accepter de bénéficier du dispositif mis en place par la PCO 7-12 ans du Vaucluse, mettant en œuvre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement.

Déclarent adhérer aux fonctionnements de la plateforme tel qu'il est indiqué dans la Fiche d'Information Famille.

Autorisons le recueil et l'échange entre les membres de la plateforme et les professionnels intervenants de données nominatives concernant notre enfant, dans le respect des dispositions réglementaires et des règles déontologiques.

Autorisons également la présence du psychologue et/ou médecin scolaire qui assureront le lien entre l'équipe soignante et l'équipe éducative, ou que le dossier médical de notre enfant leur soit communiqué.

Nous acceptons que l'équipe multidisciplinaire communique les bilans et/ou les synthèses à notre médecin traitant :
Ainsi qu'aux professionnels collaborateurs du parcours de notre enfant.

Le droit d'accès et de modification de ces informations peut être obtenu par l'intermédiaire d'un médecin désigné par nous auprès du médecin coordinateur PCO.

Nous donnons notre accord pour l'utilisation à des fins d'études statistiques ou épidémiologiques des informations concernant notre enfant, informations qui auront alors préalablement été rendues anonymes.

Fait à, le / /

La signature des 2 parents est obligatoire

PARENT 1

*(Signature précédée de la mention
manuscrite : « lu et approuvé ».)*

PARENT 2

*(Signature précédée de la mention
manuscrite : « lu et approuvé ».)*