

**BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL USAGER** **Joindre un justificatif MDPH**

Je soussigné(e) .....

Représentant(e) légal(e) de.....

**Déclare adhérer à la charte de RHAPSOD'IF et m'engage à en respecter les règles.**

J'ai eu la possibilité de lire la charte et de comprendre les implications de cette adhésion. La personne adhérente et/ou son représentant légal a pu être informée, dans la mesure du possible, des modalités de celle-ci et a disposé de suffisamment de temps pour exprimer son consentement éclairé.

Je consens à ce que les données concernant la prise en charge bucco-dentaire concernant l'adhérent soient centralisées par RHAPSOD'IF à des fins statistiques conformément à la réglementation RGPD.

**Patient :** NOM ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  M  F

**Accueilli en établissement :**  Oui  Non si Oui, Nom de l'établissement : .....

L'utilisateur a-t-il été dépisté par l'association RHAPSOD'IF ?  Oui  Non

**Type de Handicap :** .....

**Fauteuil roulant :**  Non  Electrique  Manuel

**Coopération du patient pendant le soin :**  Bonne  Moyenne  Difficile

**Le patient a-t-il un brossage des dents :**  Régulier  Partiel  Difficile  Avec aide

**Le patient a-t-il eu des soins dentaires auparavant :**  Oui  Non (si oui, ligne suivante)

**Type :**  Anesthésie générale  MEOPA (gaz)  Avec aide médicamenteuse  Sans rien

**Où :**  Hôpital  Cabinet de ville  Centre de santé

**Protection sociale :**  Sécurité sociale  Mutuelle  CMU  CSS  AME

**Coordonnées de l'aidant familial ou professionnel à contacter :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Si vous êtes le(la) représentant(e) légal(e), êtes-vous ?**

Père/Mère  Fils/File  Frère/Sœur  Autre (précisez) : .....

**Motif(s) de l'adhésion :**  Pour un suivi dentaire régulier  Besoin de soins dentaires  Besoin d'orthodontie

Le dentiste que j'ai vu m'a conseillé d'adhérer à Rhapsod'if. **Nom du dentiste** .....

Mon dentiste habituel ne peut pas faire les soins. **Nom du dentiste** .....

**J'ai bien compris que Rhapsod'if ne prend pas en charge les frais de soins dentaires et je m'engage à faire un retour à l'association concernant le premier RDV (solution de soins choisie + type de rdv : consultation ou soins)**

Fait à : ....., le...../...../.....

**Signature**

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

**Les dossiers d'adhésion incomplets (sans justificatif MDPH) ou partiellement remplis ne seront pas traités**

Informatique et libertés :

Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL (déclaration n° 1426743). En vertu de l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent.

Merci de compléter et renvoyer ce document accompagné d'un justificatif de handicap à :  
**RHAPSOD'IF – 12 rue Pierre Semard 94700 - MAISONS-ALFORT 09.63.62.52.72**  
Ou par mail : **contact@rhapsodif.fr**