

BULLETIN D'ADHÉSION PATIENT AU RÉSEAU

*rayer les mentions inutiles

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 mon adhésion. Il m'a été laissé suffisamment de temps pour réfléchir à ma/la* participation de (nom / prénom du bénéficiaire des soins)

_____, et d'en discuter avec elle/lui afin de recueillir, lorsque cela est possible, son consentement. Je suis libre d'accepter ou de refuser.

Je donne mon accord pour que les informations concernant la prise en charge bucco-dentaire soient centralisées au niveau de la cellule de coordination de RHAPSOD'IF en vue de l'évaluation de l'activité du réseau.

• **Identité du bénéficiaire du soin:**

NOM : _____ Prénom : _____ Date naissance : _____ Sexe : F M

Fréquentez-vous un établissement spécialisé ? Oui Non Si oui lequel : _____

Nature du handicap : _____

Joindre un justificatif de handicap (carte d'invalidité ou attestation MDPH ou fréquentation d'un établissement spécialisé ou certificat médical)

• **Coordonnées de la personne à contacter:**

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

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

Père/Mère Fils/Fille Frère/Sœur Autre (précisez) : _____

Par quel biais avez-vous eu connaissance du réseau RHAPSOD'IF ?

Site internet Dentiste Proche (ami/famille) Établissement d'accueil : _____

Professionnel de santé : _____ Autre : _____

Avez-vous besoin d'être orienté(e) vers un chirurgien-dentiste pour une prise en charge spécifique ?

Oui Non car j'ai déjà un dentiste RHAPSOD'IF (nom) _____

Fait à : _____, le _____ Signature _____

Précédée de la mention manuscrite

«J'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer»

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

Ou par mail : rhapsodif@orange.fr