

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE EN
VUE DE BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN AUX DÉMARCHES /
D'UN APPUI AU PARCOURS DE SANTÉ**

ACCOMPAGNEMENT DE PARCOURS POSSIBLES	DÉMARCHES À RÉALISER EN VUE D'UN APPUI DU DISPOSITIF
1. Orientation simple, soutien aux démarches simples	Saisine directe par mail/téléphone par un professionnel ou la famille
2. Appui ponctuel, soutien aux démarches (3 à 6 mois max.)	Adressage d'un consentement signé par l'enfant (si plus de 15 ans) et/ou ses parents à l'issue d'un premier temps d'échange avec l'équipe
3. Appui à la coordination (jusqu'à 24 mois)	Adressage d'une demande signée par le professionnel membre en complément du consentement signé par l'enfant et/ou ses parents

J'ai été clairement informé(e) sur les conditions d'intégration à Normandie Pédiatrie pour moi /pour mon enfant :

NOM : _____ Prénoms : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre
 N° de Sécurité Sociale de rattachement : _____
 Nom du titulaire : _____

- Les objectifs et les bénéfices attendus dans le cadre de l'appui proposé par le Dispositif ont été clairement présentés et expliqués ; un document d'information m'a été remis.
- J'ai pu poser toutes les questions qui me paraissaient utiles et recevoir des réponses claires.
- J'accepte librement et volontairement que mon enfant bénéficie du Dispositif de ressources et d'appui à la coordination.
- Je suis parfaitement conscient(e) de pouvoir, à tout moment, retirer mon consentement, que ce soit pour moi ou pour mon enfant, et cela, quelles que soient nos raisons, sans avoir à en supporter aucune conséquence.
- Le fait de ne plus bénéficier du Dispositif de ressources et d'appui ne portera pas atteinte aux relations ni à la qualité des soins engagés par les professionnels.
- Je reste libre de m'adresser aux professionnels de santé de mon choix, qu'ils soient membres du Dispositif ou non.
- J'ai accepté que les données concernant mon enfant, ainsi que ses troubles/pathologies et les résultats de sa prise en charge, fassent l'objet d'un traitement informatique, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 et au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), garantissant la confidentialité de toutes les données recueillies.
- J'ai bien compris que je dispose de droits d'accès, de rectification, de suppression et d'effacement concernant les données personnelles, et que je peux retirer mon consentement à tout moment en contactant le DPO de Normandie Pédiatrie à l'adresse suivante : contact-dpo@normandie-pediatrie.org.
- J'autorise l'utilisation des données de manière anonyme dans le cadre de la réalisation de statistiques et/ou de travaux de recherche académique.
- J'ai pris connaissance de la note d'information relative à la protection de la vie privée et à sa réglementation, à laquelle Normandie Pédiatrie accorde une importance particulière, et qui est annexée au présent document.
- J'autorise l'équipe de coordination à prendre contact avec les professionnels de la santé scolaire ainsi qu'avec l'équipe enseignante et/ou l'établissement d'accueil.
- J'accepte que les informations collectées par Normandie Pédiatrie puissent être consultées par tout professionnel de santé intervenant auprès de moi ou de mon enfant (y compris le médecin de mon choix ou de celui de mon enfant, désigné comme « médecin traitant », ainsi que le médecin de l'Éducation nationale).
- J'accepte que mes coordonnées administratives soient transmises le cas échéant aux Maisons Sport-Santé conventionnées avec Normandie Pédiatrie, dans le cadre de la recherche d'une offre d'activité physique ou d'activité physique adaptée, lorsque celle-ci est préconisée ou prescrite par un médecin.
- Mon consentement ne décharge en rien les professionnels du Dispositif de leurs responsabilités morales et légales, et mon enfant ainsi que moi-même conservons tous les droits garantis par la loi.
- J'ai l'obligation d'informer l'infirmière d'appui à la coordination de tout changement relatif à la situation de mon enfant, et, en cas de réception d'un courrier de demande de mise à jour, de répondre dans un délai maximum de 15 jours.
- En l'absence de réponse de ma part dans un délai d'un mois, une sortie de mon enfant du Dispositif pourra être décidée en lien avec les professionnels de santé impliqués.

Signatures des responsables légaux

Signature du patient si âgé de plus de 15 ans

NOMS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1

NOM Prénom :

Tél :

Mail :

Parent 1

NOM Prénom :

Tél :

Mail :

Autre responsable légal (préciser) :

NOM Prénom :

Tél :

Mail :

Nous acceptons de recevoir des informations concernant des outils ou invitations à des manifestations à destination des parents, organisées

☐ **Par Normandie Pédiatrie**

☐ **Par ses partenaires**

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

PARTIE RÉSERVÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ MEMBRES, EN VUE D'UN APPUI À LA COORDINATION DANS LE CADRE D'UNE INCLUSION

Les motifs de la demande d'inclusion en vue d'un appui à la coordination aux parcours :

☐ TND

☐ Pathologies Chroniques

☐ Surpoids/Obésité

Pour un appui aux parcours Surpoids/Obésité, merci de préciser :

Poids (Kg) :

Taille (m) :

IMC de l'enfant :

POUR LES PARCOURS TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT (TND) ET/OU PATHOLOGIES CHRONIQUES SOMATIQUES (PSC), merci de préciser les besoins repérés en vue de bénéficier **un appui pour coordonner les différentes prises en charge** et/ou faire le lien entre les différents intervenants pour accompagner :

TND PCS

- ☐ ☐ l'élaboration et/ou l'annonce du diagnostic
- ☐ ☐ la famille dans ses différentes démarches notamment administratives
- ☐ ☐ la mise en œuvre des aménagements scolaires en lien avec les équipes pédagogiques
- ☐ ☐ la recherche de financement de soins non financés par la Sécurité Sociale avec nos partenaires et/ou dans le cadre de prestations dérogatoires.
- ☐ ☐ la gestion de la douleur et/ou la transition vers l'âge adulte
- ☐ vers les ateliers parentalité enfants TDA/H (à destination des 2 parents d'enfants âgés de 4 à 10 ans, avec diagnostic TDA/H posé)

pour participer :

- ☐ aux soirées d'information proposées par Normandie Pédiatrie ([programmation disponible sur le site](#))

Pas d'inclusion nécessairement pour s'y inscrire pour les parents cependant vous pouvez préconiser une participation à celles-ci, si vous avez identifié des besoins d'informations complémentaires aux éléments proposés sur le site.

Nom, prénom du professionnel membre du dispositif :

Signature du professionnel membre du dispositif *

Date

Fait à

* : charte signée ou à retrouver ici :



NOTE D'INFORMATION - PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE - RGPD

NORMANDIE PEDIATRIE, en sa qualité de responsable de traitement, est attachée à la protection de la vie privée des personnes et s'engage à prendre toutes les garanties qui s'imposent pour assurer un niveau de protection élevé de vos données à caractère personnel. La collecte des données est effectuée de manière loyale et licite, les destinataires des données sont uniquement les personnels de NORMANDIE PEDIATRIE, les professionnels de santé, les partenaires faisant partie des dispositifs de soins. Ces données ont pour finalités de procéder à la prise en charge de l'enfant, la constitution du dossier de l'enfant, la mise en place et le suivi du projet global personnalisé, la coordination des soins, les échanges entre les professionnels et la famille. Le dossier de coordination est conservé par le dispositif pour une durée de 10 ans et jusqu'à la majorité de l'enfant après sa sortie du dispositif.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes, (cf. cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits), vous disposez de droits et que vous pouvez exercer : droits d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression, d'effacement.

Les données sont nécessaires pour la demande d'inclusion de l'enfant, elle se fait avec votre consentement explicite et préalable. Vous pouvez à tout moment retirer ce consentement. Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez joindre notre DPO via l'adresse mail suivante : contact-dpo@normandie-pediatrie.org

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) ou par voie postale.

Votre confiance est importante à nos yeux. Pour cette raison, vos données personnelles sont stockées de manière confidentielle et sécurisée dans nos systèmes informatiques.

Pour en savoir plus sur vos droits et la Politique Protection des Données de NORMANDIE PEDIATRIE, consultez notre site web ou [suivez ce lien](#)