Acte d'adhésion au Réseau REVA

Réseau de Suivi des Enfants Vulnérables d'Auvergne

Nous soussignés, **n° I__I__I__I__I____I_____I**

Représentant légal 1 : Nom : ..... Prénom : .....
Père / mère / tuteur (rayer les mentions inutiles). **Date de naissance de la mère** : ...../...../.....
Adresse : .....
CP : .....Ville : .....
Email : .....@.....
Tel : .....
Représentant légal 2 : Nom : ..... Prénom : .....
Père / mère / tuteur (rayer les mentions inutiles)
(Si différente) Adresse : .....
CP : .....Ville : .....
Email : .....@.....
Tel : .....

De l'enfant,
Nom : ..... Prénom : .....
Né (e) le : ...../...../..... **Lieu de naissance** : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Déclarons avoir pris connaissance de la Charte de fonctionnement de REVA, qui nous a été remise et nous engageons à respecter son mode de fonctionnement :

- Nous sommes des collaborateurs actifs par l'observation de notre enfant et nous rapporterons aux médecins pilotes les évènements qui peuvent influer sur son comportement.
- Nous prendrons les RDV aux dates prévues, et nous acceptons d'être convoqué(e)s en cas d'oubli.
- Nous informerons le plus rapidement possible le réseau en cas de changement d'adresse ou de numéro de téléphone.
- Nous sommes propriétaires d'un exemplaire du dossier de suivi de notre enfant. Nous l'apporterons à chaque consultation prévue dans le calendrier de suivi, avec le carnet de santé.
- Nous avons été informé(e)s que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter l'échange entre les différents professionnels qui s'occuperont de notre enfant et à l'évaluation du réseau. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, nous bénéficions d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui nous concernent, que nous pouvons exercer. Nous pouvons également pour des motifs légitimes, nous opposer au traitement informatique des données personnelles qui nous concernent en nous adressant au Réseau.

Nous sommes libres de choisir le médecin "Référent libéral". Nous pouvons changer de médecin référent si nous le souhaitons et en informons le Réseau.
Nous sommes libres de choisir pour notre enfant un médecin traitant distinct du médecin référent.
Nous pouvons arrêter à tout moment, si nous le désirons, notre participation et nous en informons le Réseau.

☐ J'accepte / ☐ je refuse
la prise en charge de mon enfant au sein de REVA et la gestion informatique de son dossier de suivi.
☐ Je consens / ☐ je refuse
à ce que des données issues de ce dossier contribuent à enrichir le DMP de mon enfant.

Fait à : Le :

Signature de la ou des personnes ayant l'autorité parentale :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

REVA - Communauté du Réseau de Santé en périnatalité d'Auvergne
CHU Estaing - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 75 51 88 - Mail : reva@chu-clermontferrand.fr