Vous avez pris connaissance de la lettre d’informations préalables que nous vous avons préalablement remise et vous remercions de bien vouloir compléter les informations suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **USAGER** | **Représentant légal***(Usager mineur / adulte protégé)* |
| Nom  |  |  |
| Prénom |  |  |
| Sexe |  |  |
| Adresse |  |  |
| Date de Naissance |  |  |
| Lieu de Naissance  |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Email |  |  |

**J’atteste**[[1]](#footnote-1) : [ ]  **Avoir compris** le contenu de la lettre d’informations préalables

[ ]  **Approuver** le contenu de la lettre d’informations préalables

|  |  |
| --- | --- |
| En tant qu’**USAGER****J’accepte :** | En tant que **Représentant légal de l’usager****J’accepte :**  |
| [ ]  **D’être accompagné** par le DAC 92 Centre. | [ ]  **Que la personne que je représente soit accompagnée** par le DAC 92 Centre. |
| [ ]  **De faciliter** la coordination du travail des professionnels qui interviennent auprès de moi | [ ]  **De faciliter** la coordination du travail des professionnels qui interviennent auprès d’elle |
| [ ]  **Que mes données** médico-sociales soient informatisées (*sachant que la coordination peut s’effectuer sans leur informatisation*) | [ ]  **Que ses données** médico-sociales soient informatisées (*sachant que la coordination peut s’effectuer sans leur informatisation*) |

**J’autorise**1l’association ASDES – DAC 92 Centre:

[ ]  **A communiquer** les données recueillies, si besoin, à tout professionnel de santé ou médico-social qui participe à la prise en charge de la maladie et dont les coordonnées ont été transmises par moi au réseau.

[ ]  **A utiliser** les informations transmises à des fins statistiques. Ces informations sont au-préalable rendues anonymes conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés – CNIL

Fait à le

Signatures

Usager Représentant légal

1. Veuillez cocher les cases correspondantes [↑](#footnote-ref-1)