



BULLETIN D'ADHESION PATIENT

Document à remettre signé au médecin pour compléter le dossier de votre enfant.

CONSENTEMENT DU PATIENT MINEUR

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Le Dr m'a expliqué l'intérêt de participer au réseau Grandir pour prendre en charge mon obésité et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires pour bien comprendre en quoi cela consiste.

Je sais que je m'engage, comme toutes les autres personnes qui vont m'aider, à un suivi régulier avec mon médecin et d'autres partenaires pour améliorer ma santé.

J'accepte d'être pris en charge pour mon obésité au sein du réseau «GRANDIR».

Fait à, le

Signature :

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL :

Nom :
Prénom :
Spécialité :

Signature du Professionnel

ACCORD DE PARTICIPATION

Nom :
Prénom :
N° d'immatriculation :
Organisme d'assurance maladie de rattachement :

En tant que père, mère, tuteur,
de l'enfant (*nom, prénom*) :

Je déclare avoir pris connaissance de la charte du réseau « GRANDIR » et m'engage à en respecter les principes et les règles de fonctionnement.

Fait à, le

Signature :

Cachet du Professionnel