



Formulaire de consentement et d'engagement

Je soussigné(e)(parent, représentant légal) autorise mon enfant
prénommé..... né le..... et résidant au

à participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé **Ok avec ma santé** et/ou au « **Parcours d'Activité
Physique Adaptée sur prescription** ».

Je m'engage à mettre tout en œuvre pour que mon enfant participe au programme dans son intégralité, en cas
d'empêchement j'informerai la secrétaire de l'antenne territoriale PLANETH Patient.

Je m'engage à être présent avec mon enfant aux bilans d'entrée et de sortie.

Participation volontaire du jeune

Dans le cadre de ce programme, le jeune participera volontairement aux différentes activités en présentiel en séances
individuelles et/ou collectives. Ces activités seront personnalisées en fonction de ses besoins et de ses envies.

L'interruption du parcours pourra être actée après un échange avec le référent de parcours, l'enseignant APA et/ou
l'antenne de PLANETH Patient.

Confidentialité

La participation aux séances collectives peut éventuellement amener chacun à connaître des éléments d'ordre privé
ou personnel. Il convient que chacun puisse s'exprimer en confiance, et soit assuré du respect de la confidentialité au
sein du groupe. L'enfant et le parent ou le représentant légal présent s'engagent donc à respecter cette confidentialité
et à ne divulguer ou n'utiliser aucune des informations qu'il/elle aurait été amené.e à connaître au cours de ces séances.

Prise en charge financière

Aucune participation financière ne vous sera demandée pour le programme **Ok avec ma santé**. Ce programme est pris
en charge par des financements publics. En revanche, une participation financière pourra être demandée par la
structure partenaire dispensant **l'Activité Physique Adaptée** (APA), en fonction des activités pratiquées.

Consentement au traitement des données

J'accepte l'usage de mes données personnelles ainsi que celles de mon enfant pendant la durée de la prise en charge
par PLANETH Patient. Celles-ci seront saisies sur les logiciels Stimulab et Goov App en conformité avec la
réglementation en vigueur et les recommandations de la HAS et de la CNIL. Je suis informé.e que je dispose d'un droit
d'accès à toutes les données personnelles recueillies. Je dispose également d'un droit de rectification, d'opposition, de
transfert et de suppression de ces données en m'adressant à dpo@planethpatient.fr.

Signature

Nous reconnaissons avoir lu le document et consentons à ce que notre enfant participe au programme d'éducation
thérapeutique et/ou au Parcours APA.

J'autorise mon enfant

Je n'autorise pas mon enfant

à partir seul.e après les séances d'éducation thérapeutique du patient et/ ou les séances d'Activité Physique Adaptée.

Date : ../../..

N° de téléphone.....	<u>Signature du/des représentant(s)</u> <u>légal(aux)</u>	<u>Signature du jeune</u>
@		