



Avenue du Président François Mitterrand
 76405 FECAMP
 Pôle mère enfant
 Tel 02.35.10.92.01

annexe 1. A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PATIENTS MINEURS PARTICIPANT A UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Le Docteur.....et son équipe, ont proposé à notre enfant de participer à un programme d'éducation thérapeutique intitulé.....
 Nous avons reçu une notice d'information précisant le but et le contenu de ce programme.

Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à ce programme, et ce consentement ne décharge pas l'équipe qui organise et anime ce programme de ses responsabilités et nous conservons tous nos droit garantis par la loi.

En participant à ce programme, nous acceptons :

- que les informations soient partagées au sein de l'équipe multidisciplinaire et avec le médecin traitant, sauf mention spécifique de notre part.
- que les données recueillies par les évaluations du programme puissent être utilisées (de façon anonyme) pour des études de recherche.
- D'informer l'école où il se trouve avec une revue destinée aux enseignants : « scolarité et diabète » imprimée par l'AJD (si je le souhaite je peux refuser cette close)

Les responsables de ce programme garantissent qu'aucune information ne sera divulguée à d'autres personnes sans notre accord.

Nous pouvons à tout moment, avoir accès aux données concernant notre enfant dans le cadre de ce programme, et demander des informations complémentaires au médecin, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Nous acceptons de nous tenir à disposition de l'équipe qui anime le programme d'éducation thérapeutique afin d'en connaître les apports théoriques et maîtriser les pratiques pour assister notre enfant au quotidien, en cas de besoin.

Enfant :.....
Parents ou représentant légal.....
Demeurant

A Fécamp :
Le.....

Signature des parents

Signature du médecin

L'enfant

