

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX FAMILLES PARTICIPANT AU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE **MyPOP** (*Mon Parcours d'Obésité Pédiatrique*)

Je soussigné(e) M..... (père) et/ou Mme..... (mère)  
Demeurant à.....  
..... (adresse complète)  
certifie que le Docteur ..... nous a proposé la prise en charge de notre  
enfant, au sein du programme d'éducation thérapeutique MyPOP (*Mon Parcours Obésité  
Pédiatrique*).

J'atteste avoir pris connaissance et compris la lettre d'information relative au  
fonctionnement du programme MyPOP.

- ⇒ Nous sommes libres de refuser de participer à ce programme. Cette décision ne modifiera en rien les relations avec notre médecin traitant et la qualité des soins envers notre enfant. Nous avons compris qu'une prise en charge en ville serait alors proposée.
- ⇒ Mon enfant est d'accord pour participer au programme MyPOP.
- ⇒ Nous nous engageons à assister à plusieurs ateliers **en groupe** qui nous seront proposés **pendant 2 ans. Nous avons bien compris que notre présence à certains d'entre eux était obligatoire.**
- ⇒ Cette prise en charge nécessite un changement durable des habitudes de vie que nous allons tenter de mettre en place.
- ⇒ Nous nous engageons à **arriver à l'heure aux différents rendez-vous**. Pour cela, nous prévoyons d'arriver **15 à 30 minutes** avant l'heure du rendez-vous pour nous garer et réaliser les formalités administratives.
- ⇒ **En cas d'empêchement majeur** (panne de voiture, maladie...), nous **préviendrons le secrétariat de notre absence (02 41 35 44 06 ou 02 41 35 56 55)**. Vous pourrez vous réinscrire à une autre date puisque plusieurs dates sont proposées par atelier.
- ⇒ Nous avons été informés que nous pouvions retirer notre enfant du programme MyPOP à tout moment, **en prenant le soin de prévenir le secrétariat (02 41 35 44 06 ou 02 41 35 56 55)**. Nous avons compris que dans ce cas-là, une prise en charge en ville serait alors proposée.
- ⇒ Nous acceptons librement que les informations personnelles et/ou médicales puissent être partagées avec d'autres interlocuteurs en lien avec le programme et/ou de l'équipe soignante.
- ⇒ Les données médicales, biologiques et radiologiques concernant notre enfant pourront faire l'objet d'un recueil informatisé et anonymisé en vue d'analyser l'efficacité de ce programme. Nous bénéficions à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées nous concernant dans le cadre de ce programme, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne les données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par nous ou par l'intermédiaire du médecin de notre choix. (*Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004*).

⇒ Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant et nous-mêmes participions à ce programme dans les conditions précisées dans la lettre d'information.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur ....., n° de téléphone : .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature de l'enfant  
ou de l'adolescent

Signature des parents  
ou des représentants légaux

Signature du médecin

*(Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis à la famille, le second est conservé par le responsable)*