



MA CHECKLIST

Pour les parents

- Questionnaire parentale
- Autorisation parentale
- Attestation d'activité physique
- Charte d'engagement
- Évaluation des compétences

Ces documents seront éliminés une fois les informations saisies dans le dossier informatisé.

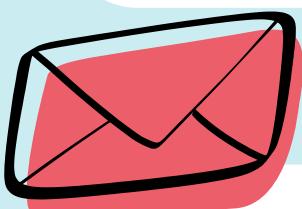
Pour le médecin

- Questionnaire médical



A joindre

- Liste des médicaments
- Carnet de santé
- Attestation de responsabilité civile



Pour nous les transmettre

- Les déposer directement au secrétariat
- Les envoyer par mail au

QUESTIONNAIRE PARENTAL

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant :

Genre :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Code postal :

Situation familiale

- Parents en couple
- Parents divorcés
- Famille recomposée

- Famille monoparentale
- Parent veuf:
- Institution:

Garde principale: Père Mère Alternée



Situation sociale

Nom du père:

Prénom :

En activité: Oui Non

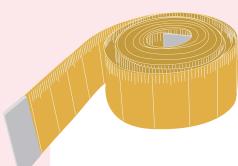
Profession:

Nom de la mère:

Prénom :

En activité: Oui Non

Profession:



Situation de corpulence familiale

Mère

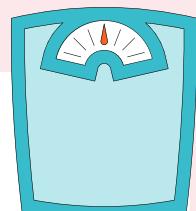
Âge:

Taille (cm):

Poids (kg) :

IMC (Poids/taille²):

Poids max :
(en dehors de la grossesse)



Père

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg) :

IMC (Poids/taille²):

Poids max :

QUESTIONNAIRE PARENTAL

Situation de corpulence familiale

1er enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):

2ème enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):



3ème enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):

4ème enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):



5ème enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):

6ème enfant

Âge:

Taille (cm):

Poids (kg):

IMC (Poids/taille²):

AUTORISATION PARENTALE

Responsabilité civile

Je soussigné(e) demeurant à
déclare être le représentant légal du mineur :

- Nom :
- Prénom :
- Né(e) le à

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- le Pôle APSA est responsable de l'enfant uniquement pendant la durée du rendez-vous, depuis son entrée dans les locaux jusqu'à sa sortie ;
- le Pôle APSA ne peut être tenu responsable de l'enfant pendant les trajets aller et retour réalisés hors de ses locaux ;
- il m'appartient, en tant que représentant légal, d'évaluer l'autonomie et la capacité de mon enfant à se déplacer seul(e).

Fait à , le

Signature du (des) parent(s)

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation à photographier ou filmer l'enfant

Merci de cocher les cases correspondantes. Prise d'images

Prise d'images

- J'autorise
- Je n'autorise pas

la prise de photos ou vidéos de mon enfant lors des activités du Pôle APSA (ateliers, consultations, séances collectives...).

Utilisation interne

- J'autorise
- Je n'autorise pas

l'utilisation de ces images dans le dossier de suivi de mon enfant ou pour les supports pédagogiques internes du Pôle APSA.

Utilisation externe

- J'autorise
- Je n'autorise pas

l'utilisation de ces images pour la communication du Pôle APSA (site internet, affiches, brochures, réseaux sociaux). Aucune utilisation externe n'est faite sans votre accord.

Protection des données (RGPD)

Les images éventuellement collectées sont traitées conformément au RGPD.

Elles sont utilisées uniquement pour les finalités cochées ci-dessus, sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits (accès, rectification, opposition, suppression) en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@poleapsa.fr

Fait à , le

Signature du (des) parent(s)

ATTESTATION ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Attestation

Je soussigné(e) **demeurant à**
déclare être le représentant légal du mineur :

- Nom :
 - Prénom :
 - Né(e) le

Autorise mon enfant dont le nom figure ci-dessus à pratiquer les activités physiques adaptées proposées dans le cadre de l'association.

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom et prénom :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

E-mail:

Fait à , le
Signature du (des) parent(s)

Nom de l'enfant:

Nom des parents :

CHARTE D'ENGAGEMENT

Engagement des parents/tuteurs

Consentement éclairé :

Les parents/tuteurs consentent à la prise en charge de leur enfant en ayant compris et accepté les objectifs, les méthodes et les attentes du programme de suivi de surpoids/obésité.

Participation active :

Les parents/tuteurs s'engagent à participer activement aux consultations de suivi, aux bilans et aux ateliers thérapeutiques collectifs prévus dans le cadre du programme.

Encouragement :

Les parents/tuteurs doivent encourager et soutenir leur enfant dans le respect des recommandations médicales, nutritionnelles et d'activités physiques.

Respect des rdvs

Assiduité :

Les parents/tuteurs s'engagent à respecter les rendez-vous médicaux et les séances de suivi programmés. En cas d'empêchement, ils en informeront le pôle APSA dans les plus brefs délais (mail ou téléphone).

Ponctualité :

Les parents/tuteurs veilleront à la ponctualité pour tous les rendez-vous afin de ne pas perturber le planning.

Communication et transparence

Échanges réguliers :

Les parents/tuteurs s'engagent à maintenir une communication régulière avec les professionnels concernant l'évolution de la prise en charge de leur enfant. Les parents/tuteurs s'engagent également à tenir informé le Pôle APSA de tout changement administratif (adresse, téléphone, mail, médecin traitant, situation de la famille...).

Signalement :

Les parents/tuteurs doivent signaler tout problème, symptôme ou difficulté rencontré par l'enfant dans le cadre du programme de suivi.

Nom de l'enfant:

Nom des parents :

CHARTE D'ENGAGEMENT

Engagement de respect et de collaboration

Respect mutuel :

Les parents/tuteurs s'engagent à traiter avec respect tous les professionnels et à adopter une attitude de collaboration constructive.

Implication :

Les parents/tuteurs participeront activement aux décisions concernant la prise en charge de leur enfant, en tenant compte des recommandations médicales.

Information sur la protection de vos données

En signant ce document, vous acceptez que vos données personnelles et de santé soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge au Pôle APSA, conformément au RGPD.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation et de suppression de vos données, dans les conditions prévues par la loi.

Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : dpo@poleapsa.fr

Consentement au mailing

- J'accepte que mon adresse électronique soit utilisée afin de recevoir des communications régulières liées à mon suivi. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

Fait à , le

Signature du (des) parent(s)

Signature de l'enfant

Nom de l'enfant:

Nom des parents :

SCORE EPICE

Le score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Rencontrez-vous parfois un travailleur social?

Entourez la réponse
qui vous correspond

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

Vivez-vous en couple ?

Etes-vous propriétaire de votre logement?

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois?

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants?

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

oui non