



Autorisation à la tenue d'une réunion pluriprofessionnelle

Identité du patient :

- Nom :
- Prénom :
- Médecin traitant :
- Numéro de sécurité sociale :

Identité de son représentant légal :

- Nom :
- Prénom :
- Lien de parenté :
- Adresse :
- Numéro de contact :
- Adresse mail :

Par la présente, j'autorise :

- L'équipe salariée de la CPTS à organiser une réunion pluriprofessionnelle autour de mon enfant ;
- L'équipe salariée de la CPTS à récolter les différents bilans médicaux et paramédicaux nécessaires à l'organisation de ce temps de synthèse pluriprofessionnelle ;
- Le partage d'informations médicales de mon enfant entre les différents professionnels du cercle de soin.

Liste des professionnels du cercle de soin autour de mon enfant :

- Médecin traitant :
- Médecins spécialistes :
- Orthophoniste :
- Kinésithérapeute :
- Ergothérapeute :
- Psychomotricienne :
- Autre :

Seules les informations de ce document seront conservées par la CPTS. Toutes autres informations (personnelles et médicales) collectées dans le cadre de l'organisation de ces réunions ne seront pas conservées par la CPTS.

Signature du représentant légal