



Je soussigné, M. / Mme. .... souhaite m'engager dans l'activité physique ou activité physique adaptée qui m'est proposée.

Il sera effectué en collaboration avec mon médecin traitant et mon spécialiste.

J'ai bien compris que cette activité physique comprend une prise en charge globale et adaptée à ma situation clinique.

J'ai bien compris que :

- L'équipe de ..... s'engage à m'aider à réaliser mes objectifs et à m'accompagner, en personnalisant et en adaptant ses interventions.
- Je préviens l'équipe en cas d'absence
- Je peux à tout moment cesser de bénéficier de cette action. Je préviens l'équipe qui m'accompagne.

J'accepte que :

- Des échanges d'information sur mon état de santé soient réalisés entre les différents membres de l'équipe soignante qui me prend en charge habituellement notamment mon médecin traitant.  Oui  Non
- Dans le cadre de l'APA, un compte rendu de cette prise en charge sera envoyé au terme du premier entretien et en fin de programme à mon médecin traitant et à mon médecin spécialiste.
- Les résultats des évaluations puissent, permettre, de façon anonyme, la réalisation d'un observatoire ou publications spécifiques.

*Certaines données à caractère personnel seront informatisées à ..... et pourront être transmises aux seuls professionnels participant à la prise en charge afin d'assurer la continuité du traitement et / ou des soins.*

*J'ai la possibilité d'avoir accès et de rectifier ces données ainsi que m'oppose pour des motifs légitimes au traitement informatique.*

Fait à .....

Le : ...../...../.....

Signature :