



## Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité de l'enfant et de l'adolescent en Aquitaine

### FORMULAIRE D'ADHESION DU PROFESSIONNEL AU RESEAU REPOP

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse Professionnelle** : .....

**Profession** : .....

**Téléphone** : ..... **Fax** : .....

**Courriel** : .....

**J'ai bien reçu les informations suivantes :**

- Le réseau a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la proximité, la continuité et la pluridisciplinarité de la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.
- Le médecin libéral du réseau qui inclut l'enfant ou l'adolescent dans le réseau est l'interlocuteur permanent et le correspondant principal du patient et de sa famille.  
Il est le pivot de cette prise en charge.
- En adhérant au réseau, je m'engage à suivre les recommandations et référentiels du RéPOP Aquitaine (basés sur les recommandations du PNNS), à remplir le dossier médical partagé et à participer aux formations mises en place et à l'évaluation du service médical rendu aux patients.

**Je soussigné(e)** ....., après avoir pris connaissance de la charte, de la convention constitutive et des statuts du réseau RéPOP Aquitaine, déclare en accepter les engagements et adhère au réseau RéPOP Aquitaine.

**NB** : Cette adhésion sera effective dès le 1<sup>er</sup> patient suivi dans le cadre du réseau.

J'autorise que l'on communique mes coordonnées aux autres professionnels de ce réseau ainsi qu'aux professionnels de santé institutionnels impliqués dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Fait à

Le

Signature :

Cachet :

RéPOP Aquitaine, 1 rue Despujols, 33000 Bordeaux

Tél : 05 56 96 00 82 - Télécopie : 05 56 96 11 95 - Courriel : [repop.aquitaine@wanadoo.fr](mailto:repop.aquitaine@wanadoo.fr)

[www.repop-aquitaine.org](http://www.repop-aquitaine.org)