

CONSENTEMENT

À l'accompagnement par le PCPE Polyhandicap

Vous avez sollicité le PCPE Polyhandicap. Nous effectuerons bientôt ensemble une évaluation globale de la situation et des besoins.

Le pôle de compétences et de prestations externalisées polyhandicap a pour objet de proposer, dans une visée inclusive aux personnes polyhandicapées sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours, des interventions afin de répondre à leurs besoins individuels. Et ce, toujours en lien avec les professionnels qui vous accompagnent d'ores et déjà.

Il a également une visée de soutien et de guidance pour les familles et les aidants de la personne concernée. Les prestations délivrées par le PCPE polyhandicap s'adressent à l'ensemble des personnes avec un polyhandicap.

L'article D 312-0-3 du CASF précise : « Personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptivo-cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'état de vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ».

Préalablement à toute intervention et à la définition de vos attentes, il nous est nécessaire de recevoir le consentement de la personne en situation de handicap ou le vôtre si vous en êtes le responsable légal. C'est pourquoi nous vous demandons de nous retourner cette fiche complétée et signée. Aucune intervention ou démarche ne sera réalisée sans cet accord et votre participation.

Je soussigné(e) :

Madame/ Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom : Prénom :

Domicilié(e) :

Représentant légal de

Nom : Prénom :

Date de naissance : Agissant en qualité de

Déclare souhaiter bénéficier de l'intervention du PCPE Polyhandicap, et à ce titre :

Autorise le PCPE Polyhandicap à **recueillir et échanger des informations** me concernant/ concernant (*barrez la mention inutile*) (*dans la mesure où cela est utile et toujours dans le respect de la dignité de la personne et du secret professionnel*), avec les professionnels :

▪ **De l'ancien / des anciens établissement(s) et / ou service(s) médical(aux) :**

Oui Non Pas concerné

- **Du / des futur(s) établissement(s) et/ou service(s) médical(aux), susceptible(s) d'assurer un accueil (ou accompagnement) :**
 Oui Non
- **De la MDPH / MDA concernée, où un dossier est enregistré (ou en cours)**
 Oui Non Pas concerné (Aucun dossier MDPH n'a jamais été fait ou n'est en cours)
- **Qui assurent un suivi sur le plan médical et / ou paramédical :**
 Oui Non Pas concerné (Aucun suivi médical/ paramédical/ social)

REMARQUE : N'hésitez pas à nous fournir tout document que vous jugerez utile à l'étude et au suivi de votre dossier.

- ✓ **Accepte/ N'accepte pas (barrez la mention inutile) que ces informations soient stockées dans un dossier au sein d'un système d'information partagé.**

**Signature de la personne ou de son représentant légal
Avec la mention « lu et approuvé »**

Coordonnées des Parents ou du Tuteur (s'il y a lieu)

- **Nom Prénom :**
- **Tél :**
- **Mail :**

Fait à

Le

Vous pouvez joindre le PCPE Polyhandicap au 02 35 56 07 59

Cadre légal :

Nous vous informons que le refus de consentir à la collecte ou au traitement de vos données personnelles fera obstacle à la mise en place ou la poursuite de votre accompagnement, ces données étant nécessaire à sa réalisation.

Code de la Sécurité Sociale art. L. 61-36-2-2 relatif au recueil du consentement au partage du dossier médical.

Code de l'Action Sociale et des Familles art. L. 211-3 : relatif aux droits et libertés individuels garanties à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Code de la santé publique :

- Art.L. 1111-4 : relatif au respect de la vie privée, à l'échange d'informations entre professionnels de santé
- Art.L.1111-8 : relatif à l'hébergement et le traitement des données collectées par les professionnels de santé
- Art.L.1111-8-1 : relatif à l'identification et la conservation des données des personnes prises en charge par les professionnels de santé

Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 : « La personne a un droit d'accès à l'ensemble des données qui la concernent »

Le Président du CCAS 17, rue Carnot 76190 YVETOT a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000) 2, rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du dossier de l'utilisateur dans Médiatteam.

Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter le CCAS d'YVETOT par voie postale. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.