

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL USAGER **Joindre un justificatif MDPH**

Je soussigné(e)

Représentant(e) légal(e) de.....

Déclare adhérer à la charte de RHAPSOD'IF et m'engage à en respecter les règles.

J'ai eu la possibilité de lire la charte et de comprendre les implications de cette adhésion. La personne adhérente et/ou son représentant légal a pu être informée, dans la mesure du possible, des modalités de celle-ci et a disposé de suffisamment de temps pour exprimer son consentement éclairé.

Je consens à ce que les données concernant la prise en charge bucco-dentaire concernant l'adhérent soient centralisées par RHAPSOD'IF à des fins statistiques conformément à la réglementation RGPD.

Patient : NOM Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Sexe : M F

Accueilli en établissement : Oui Non si Oui, Nom de l'établissement :

L'utilisateur a-t-il été dépisté par l'association RHAPSOD'IF ? Oui Non

Type de Handicap :

Fauteuil roulant : Non Electrique Manuel

Coopération du patient pendant le soin : Bonne Moyenne Difficile

Le patient a-t-il un brossage des dents : Régulier Partiel Difficile Avec aide

Le patient a-t-il eu des soins dentaires auparavant : Oui Non (si oui, ligne suivante)

Type : Anesthésie générale MEOPA (gaz) Avec aide médicamenteuse Sans rien

Où : Hôpital Cabinet de ville Centre de santé

Protection sociale : Sécurité sociale Mutuelle CMU CSS AME

Coordonnées de l'aidant familial ou professionnel à contacter :

NOM : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Téléphone : Email :

Si vous êtes le(la) représentant(e) légal(e), êtes-vous ?

Père/Mère Fils/Fille Frère/Sœur Autre (précisez) :

Motif(s) de l'adhésion : Pour un suivi dentaire régulier Besoin de soins dentaires Besoin d'orthodontie

Le dentiste que j'ai vu m'a conseillé d'adhérer à Rhapsod'if. **Nom du dentiste**

Mon dentiste habituel ne peut pas faire les soins. **Nom du dentiste**

J'ai bien compris que Rhapsod'if ne prend pas en charge les frais de soins dentaires et je m'engage à faire un retour à l'association concernant le premier RDV (solution de soins choisie + type de rdv : consultation ou soins)

Fait à : , le...../...../.....

Signature

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Les dossiers d'adhésion incomplets (sans justificatif MDPH) ou partiellement remplis ne seront pas traités

Informatique et libertés :

Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL (déclaration n° 1426743). En vertu de l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent.

Merci de compléter et renvoyer ce document accompagné d'un justificatif de handicap à :
RHAPSOD'IF – 12 rue Pierre Semard 94700 - MAISONS-ALFORT 09.63.62.52.72
Ou par mail : contact@rhapsodif.fr