

Programme d'Education Thérapeutique du Patient

Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant – Programme POIPLUME

Antenne délocalisée dans les établissements scolaires de l'Eurométropole de Metz

Demande d'accompagnement

Je/nous soussigné(e)/(ons) Madame, Monsieur

.....

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Né(e) le

Autorise/(ons) l'orientation de notre enfant, par l'infirmier(e) scolaire de l'Education Nationale,
vers le Programme Poiplume du RSMA.

Ecole ou collège :

Infirmier(e) référent(e) :

Cachet de l'infirmier(e) référent(e) :

Nom du médecin traitant :

Je/nous donne(ons) mon/notre accord aux membres des équipes, pour échanger les
informations strictement nécessaires à l'intérêt de mon/notre enfant.

Date :

Signature(s) du ou des parents :