



## ROMDES

Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens

25, rue Schio - 91350 GRIGNY

Secrétariat Tél 01.69.25.89.57 - port 06.84.76.50.86 – romdes@wanadoo.fr

Siret : 442 513 032 00023 – APE 9499Z

V2019-01

## CHARTRE D'ADHESION PATIENT

Le Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens a pour but d'améliorer la qualité des soins apportés aux personnes adultes obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30 Kg/m<sup>2</sup> ou supérieur à 28 Kg/m<sup>2</sup> avec comorbidités). Il est promu par l'association GRESMO et est financé par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre des dispositions légales relatives aux réseaux de santé régionaux.

Chaque personne respectant les critères d'inclusion peut adhérer au réseau en signant ce document et peut ensuite en sortir par simple notification adressée par écrit au coordonnateur, sans en supporter aucune conséquence.

L'adhésion au réseau est gratuite et ne retire pas aux usagers le libre choix des médecins et des professionnels de santé qu'ils consultent pour les soins liés à leur obésité ou à toute autre pathologie. Leur seul engagement est de répondre à un questionnaire de satisfaction annuel portant sur le réseau.

Les adhérents du réseau peuvent s'informer sur les actions et prestations éducatives (psycho-comportementales, Activité Physique Adaptée, diététiques) proposées par le réseau en téléphonant au secrétariat : **01 69 25 89 57** et en consultant le site internet **romdes-et-vous.com**.

Les adhérents autorisent leur médecin traitant à communiquer les données extraites de leur dossier médical au réseau ROMDES et vice versa. Les données de l'adhérent sont traitées sur un système informatique sécurisé conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, il a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Conformément à la réglementation en vigueur (RGPD (UE) 2016/679 du 27/04/2016 entré en vigueur le 25/05/2018), chaque adhérent dispose d'un ensemble de droits le concernant dont le détail est consultable à l'adresse suivante : <http://romdes-et-vous.com/politique-de-confidentialite-et-protection-des-donnees/> et qu'il pourra exercer en écrivant à [dpo@romdes.net](mailto:dpo@romdes.net).

Je soussigné(e) M/Mme (NOM/Prénom) .....

Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Demeurant à .....

Certifie que le Dr/M/Mme (Nom, prénom, profession) .....

m'a proposé d'adhérer au Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens (ROMDES). Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser sans que cela ne change en rien nos relations.

Médecin traitant du patient :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP/Ville .....

**J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précisées ci-dessus.**

Fait à ..... Tél du patient : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Email du patient : .....

Cachet et signature du professionnel Signature du patient

à renvoyer à ROMDES par courrier ou numérisé en PDF par mail

Ce formulaire d'adhésion a été présenté aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de l'Essonne et de Seine et Marne.



## ROMDES

Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements franciliens

25, rue Schio - 91350 GRIGNY

Secrétariat Tél 01.69.25.89.57 - port 06.84.76.50.86 – romdes@wanadoo.fr

Siret : 442 513 032 00023 – APE 9499Z

V2019-01

# CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, après avoir examiné  
ce jour Madame / Monsieur<sup>1</sup> .....  
né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_, certifie après examen que son état de santé actuel :

- Ne présente pas de contre-indications cliniques à la pratique des activités physiques ou sportives dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire du réseau ROMDES
- Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

à renvoyer à ROMDES par courrier ou numérisé en PDF par mail

Ce formulaire d'adhésion a été présenté aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de l'Essonne et de Seine et Marne.