Feuille d'Emargement du bénéficiaire IMAPAC

Structure proposant les séances APA : _

Initiale NOM : _ Initiale Prénom : _ Année de Naissance : _ _ _ _ Code postal : _ _ _ _ _

Ces données (initiales nom, prénom, année de naissance) sont recueillies afin de vous faire bénéficier du dispositif IMAPAC et d'assurer le financement à la structure qui vous propose les séances APA.

Je confirme bénéficier du dispositif IMAPAC pour la première fois.	□Oui □Non
J'ai fourni une prescription médicale d'Activité Physique Adaptée	□Oui □Non
Je suis en cours de traitement ou j'ai terminé mes traitements* depuis moins d'1 an ***Traitements conventionnels (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)***	□Oui □Non
J'autorise le Réseau OncoNormandie à me contacter *via* mon adresse mail pour répondre au questionnaire de satisfaction si il ne m'a pas déjà été proposé à l'issue des 6 semaines par mon encadrant en APA : **_ _@_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _._ _ _**	□Oui □Non
J'autorise le réseau OncoNormandie à utiliser mes réponses anonymisées au questionnaire de satisfaction dans le cadre de l'évaluation du dispositif IMAPAC.	□Oui □Non

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : secretariat@onconormandie.fr. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant à tout moment.

Date séance	Durée séance	Signature du patient	Commentaire
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			