Feuille d'Emargement du bénéficiaire IMAPAC

N° INCLUSION : ……

Structure proposant les séances APA : _

Initiales NOM : _ Prénom : _ Sexe : M/F Année de Naissance : _ _ _ _ Code postal : _ _ _ _ _

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'ai rempli le questionnaire de satisfaction	□Oui □Non
Si non, j'autorise le Réseau OncoNormandie à me contacter *via* mon adresse mail uniquement 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 les réponses anonymisées au questionnaire de satisfaction uniquement 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
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			
_ _/_ _/_ _ _ _			