



Formulaire d'engagement professionnel auprès du REPOP 95

Réseau pour la Prise en Charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie

Association Loi 1901

Je soussigné(e) :

Mme/M. : _____

Adresse professionnelle : _____

Spécialité : Psychologue
 Diététicien

Téléphone : _____

Mail : _____

❖ accepte :

- de devenir adhérent(e) du REPOP Ile-de-France,
- de suivre la charte REPOP Ile-de-France,
- de prendre en consultation dans les meilleurs délais des enfants en qui me seront adressés par un médecin adhérent du REPOP Ile-de-France et de travailler en concertation avec lui,
- de respecter les conditions administratives pour le suivi de ces patients,
- de figurer dans l'annuaire des adhérents,
- de recevoir une indemnisation pour chaque consultation d'un enfant suivi dans le cadre du REPOP Ile-de-France.

❖ m'engage à facturer aux familles un montant maximum de 10 € par consultation pour les patients du REPOP Ile-de-France.

❖ reconnais que le nombre de consultations paramédicales indemnisées par le REPOP Ile-de-France est actuellement limité.

Date : ____ / ____ / ____

Nom, Prénom :

Signature
(précédée de la formule « Bon pour engagement »)