



## AUTORISATION DE DELEGATION DE LA GESTION DE L'ESPACE PRIVE myHNO POUR UN ENFANT (ou UNE FRATRIE)



L'espace privé myHNO permet :

- D'effectuer toutes les démarches administratives de votre enfant auprès des établissements de l'Hôpital NORD OUEST.
- De saisir des informations sur la santé et le suivi de votre enfant (poids, taille, contacts, événements, allergies, examens...) dans son coffre-fort santé,
- De visualiser les courriers liés à la prise en charge médicale de votre enfant transmis par l'hôpital (courriers de consultation, lettres de sorties, rendez-vous, résultats...),
- De recevoir des informations ciblées sur la pathologie de votre enfant.
- De répondre à des enquêtes de satisfaction transmises par l'Hôpital NORD OUEST,

L'espace privé myHNO ne peut être relié qu'à une seule adresse mail et un seul numéro de téléphone.

La création d'un compte myHNO pour un enfant sera réalisée uniquement si les 2 parents acceptent et signent les informations renseignées ci-dessous :

Nous soussignons, parents de l'enfant :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorisons la création d'un espace privé en son nom. (Jusqu'à sa majorité\*)

Le compte myHNO sera relié à l'adresse mail suivante : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Et au numéro de téléphone portable suivant : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ce choix implique que le compte myHNO sera géré pour l'enfant mineur par la ou les personnes pouvant accéder à cette messagerie et à ce numéro de téléphone portable.

Si je souhaite inscrire mon enfant à myHNO ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le Service Inscriptions de l'Hôpital NORD OUEST par l'envoi d'un **mail** à : [support.myhno@lhospitalnordouest.fr](mailto:support.myhno@lhospitalnordouest.fr)

### **Nous souhaitons également que cette autorisation soit prise en compte pour nos enfants :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **PERE (Représentant légal)**

NOM :  
PRENOM :

**Signature :**

#### **MERE (Représentant légal)**

NOM :  
PRENOM :

**Signature :**

#### **TUTEUR (Représentant légal)**

NOM :  
PRENOM :

**Signature :**

L'inscription myHNO de votre (ou vos) enfant(s) ne pourra être réalisée qu'à la réception de ce **document signé par les 2 parents**. \*\*  
Ce document sera à rendre au secrétariat médical du médecin qui prend en charge votre enfant. Il sera archivé dans le dossier médical de l'enfant concerné.

\* A la majorité de votre enfant, votre accès à ses données médicales vous sera retiré automatiquement 15 jours avant sa date anniversaire (Code de la santé publique). Votre enfant pourra alors nous recontacter pour la création de son compte en tant que personne majeure et responsable.

\*\* Sauf sur présentation d'un certificat juridique attestant du retrait de l'autorité parentale d'un des deux parents ou mise en place d'une tutelle.