**ACCORD D’ENGAGEMENT DES MEMBRES DE L’EQUIPE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DELEGANT(S)** | | | | |
| **NOM** | **PRENOM** | **PROFESSION** | **N° RPPS / ADELI** | **SIGNATURE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DELEGUE(S)** | | | | |
| **NOM** | **PRENOM** | **PROFESSION** | **N° RPPS / ADELI** | **SIGNATURE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Nous déclarons sur l’honneur notre engagement mutuel pour la mise en œuvre du protocole de coopération NATIONAL intitulé **« Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé »** autorisé par Arrêté Ministériel du 1er mars 2021.

Fait à …………………… Le ……… / ……… / 20………