



Vous allez bénéficier, pendant un an, du soutien que le réseau ASMA (Association Suicide et Mal-être de l'Adolescent) a développé pour l'amélioration du suivi des enfants en mal-être psychologique.

Nous vous demandons de bien vouloir nous retourner ce formulaire complété et signé, dans l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe et nous vous contacterons très prochainement.

Je soussigné(e) : .....  
(Nom, prénom)  
père, mère, représentant légal de l'enfant : .....  
(Nom, prénom)  
tél : ..... adresse mail : .....@.....  
sollicite son inclusion dans le réseau ASMA.

A Marseille, le ..... Signature :

Je soussigné(e) : .....  
(Nom, prénom)  
tél : ..... adresse mail : .....@.....  
sollicite mon inclusion dans le réseau ASMA.

A Marseille, le ..... Signature :

#### INFORMATIONS SUR LE MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : ..... Profession : .....  
Téléphone : .....

Autorisez-vous la cellule de coordination d'ASMA à envoyer un courrier d'information à votre médecin traitant ?  
 OUI  NON

Si oui merci de nous préciser son adresse :.....  
.....

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles feront l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au réseau ASMA. En application des articles 39 et suivants de la loi 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 en faire une demande écrite auprès du réseau ASMA »