



Vous allez bénéficier de l'intervention du dispositif ASMA (Association Suicide et Mal-Être de l'Adolescent) pour prévenir le risque de récurrence d'un passage à l'acte et améliorer le 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.

Tuteur légal :

Je soussigné(e) : .....  
père  , mère  , autres  , représentant légal de l'enfant : .....  
☎ tél : ..... 📧 adresse e-mail : .....  
sollicite l'inclusion de mon enfant dans le dispositif ASMA.

A....., le .....

Signature :

L'adolescent :

Je soussigné(e) : .....  
☎ tél : ..... 📧 adresse e-mail : .....  
sollicite mon inclusion dans le dispositif ASMA.

A ....., le .....

Signature :

Informations médecin traitant : Sauf avis contraire de votre part, formulé auprès du référent, votre médecin traitant sera informé de l'inclusion de l'adolescent dans le dispositif ASMA.

Nom du médecin traitant : .....  
☎ Téléphone : ..... ✉ Adresse postale : .....  
.....

« 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. »