



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)
sollicite son inclusion dans le réseau ASMA.

A Marseille, le

Signature :

Je soussigné(e) :
(Nom, prénom)
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 :
.....