



ADHÉSION

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur (*barrer les mentions inutiles*)

NOM :

Prénom : **Né(e) le** :

Adresse :

Téléphone / Portable :

Mail :

Nom du Médecin Traitant :

Déclare adhérer à la Maison des Réseaux de Santé de Savoie (M.R.S.S) après avoir signé ce document.

Mon adhésion à la MRSS me permettra de :

- **Bénéficiaire du programme d'activité physique adaptée collectif,**
- **Bénéficiaire individuellement d'un bilan et d'un suivi annuel avec un éducateur APA,**
- **Pouvoir être orienté vers des structures partenaires (offre adaptée),**
- **Répondre à une enquête de satisfaction annuelle portant sur les services rendus par la MRSS.**

MON ADHESION EST LIBRE ET GRATUITE.

JE PEUX A TOUT MOMENT ME DESENGAGER ET LE SIGNIFIER PAR SIMPLE COURRIER ADRESSÉ À LA MRSS.

Conformément à la loi informatique et libertés je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Merci de retourner cette lettre d'adhésion dûment remplie et signée à l'adresse suivante :

Maison des Réseaux de Santé de Savoie – ESPACE RYVHYERE – 94, Bis Rue de la Revériaz – 73000 CHAMBERY

☎ 04.79.62.29.69 – 📠 04.79.62.39.71 – ✉ info@mrss.fr

Site : www.mrss.fr

Fait à : **Le** :

Signature