



## 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](http://www.mrss.fr)

**Fait à** : ..... **Le** : .....

**Signature**