DEMANDE D’INCLUSION

« PROGRAMME AGIR POUR MA SANTE »

A adresser par mail à : [secretariat.visage@mrsi.fr](mailto:secretariat.visage@mrsi.fr) ou via MonSisra PLATEFORME VISAGE

Si besoin vous pouvez contacter Bénédicte DEVOS au **04 58 17 17 20** (du mardi au vendredi)

LA PERSONNE

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Tél : | Date de naissance : …… /…… /…… |
| Mail : | |

LE PROFESSIONNEL (VOUS)

|  |  |
| --- | --- |
| Quels sont les besoins identifiés auprès de la personne qui motivent votre demande d’inclusion vers le Programme « AGIR POUR MA SANTE » ? | |
| Nom : | Prénom : |
| Profession : | Structure : |
| Tél : | Mail : |
| Avant d’envoyer la demande d’inclusion je vérifie que :  🞎 J’ai donné à la personne le flyer du programme et/ou donné des informations sur les objectifs du programme.  🞎 J’ai informé la personne que je transmettais à la MRSI ses coordonnées/ou le BEP réalisé afin d’être recontactée. | |

Une fois cette demande reçue, nous prendrons directement contact avec la personne,  
vous serez informé de son inclusion et de la suite de son parcours éducatif.

Date d’envoi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de réception\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_