

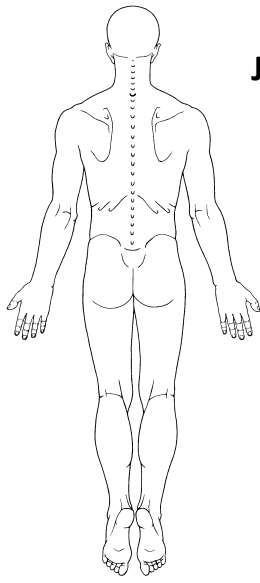
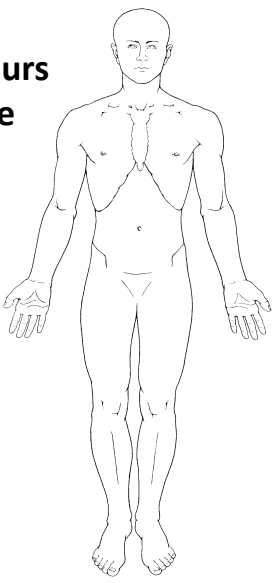
**OU VEUX ARRETE FUMER ?
ALLONS BOUGE ENSEMB !**

FICHE D'INSCRIPTION

Nom: _____ Prénom: _____ Né(e) le: _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Fixe: _____ Portable: _____ Mail: _____
 N° de téléphone et personne à joindre en cas d'urgence: _____

J'ai eu des événements de santé et je souhaite vous informer : _____

J'ai des douleurs que j'aimerais signaler :

Notes/10		Je coche mes douleurs sur le personnage		Notes/10
_____				_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____
_____		_____		_____

Je reconnais avoir pris connaissance des avantages et des risques du programme de soutien à l'arrêt du tabac. J'autorise Vital Sport Santé et l'ANPAA 974 à faire paraître sur ses supports de communication, quels qu'ils soient, des photos/vidéo me représentant dans le cadre du programme. J'ai compris que je pouvais me retirer du programme à tout moment. J'accepte que les données me concernant et enregistrées à l'occasion de ma participation au programme fassent l'objet d'un traitement informatisé par Vital Sport Santé. J'accepte que ces données soient transmises à mon médecin traitant, de même qu'aux autres professionnels de santé en relation avec moi. Ces données sont soumises au secret professionnel et resteront strictement confidentielles.

Fait à _____ le ____/____/____

Signature