



**DOCUMENT D'ADHESION A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL  
Ou signataire de la charte**

Nom du réseau : **PHILADO**

Numéro d'identification du réseau : **960910172**

Cachet du réseau

|   |
|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Réseau Philado</b><br/><b>CHRU Montpellier</b><br/><b>39, avenue Charles Flahault</b><br/><b>34295 MONTPELLIER Cedex</b><br/><b>Tél : 04 67 33 08 69</b><br/><b>Fax : 04 67 33 08 70</b><br/><b>E Mail : <a href="mailto:reseau-philado-sec@chu-montpellier.fr">reseau-philado-sec@chu-montpellier.fr</a></b></p> |
|---|

**Identification du professionnel**

Nom

Prénom

N° identification (si médecin)

Lieu d'exercice

L'institution déclare adhérer à la charte du réseau et en respecter les dispositions.

Le professionnel référent s'engage à :

- S'assurer du consentement des représentants légaux quant à la prise en charge par le Réseau Philado,
- Informer les représentants légaux et l'adolescent des axes de travail élaborés par les professionnels au sein du Réseau,
- Informer les représentants légaux de la fin de prise en charge par le Réseau.

Le document d'adhésion dédié à cet effet est à retourner au réseau.

Cachet de l'institution

|  |
|--|
|  |
|--|

Le professionnel

Le cadre institutionnel

Date

Date

Signature

Signature

**Accusé de réception du promoteur du réseau :**

Adhésion N°            enregistrée le

Adhésion non enregistrée - motif

Cachet