



Adhésion des parents au réseau Naître et Devenir  
Document à détacher et **à envoyer** à la coordination du réseau :

✉ Naître et Devenir - 24 rue Brandis - 13005 MARSEILLE

Fax : 09.70.61.42.14

Mail : naitre-et-devenir@orange.fr

<b>Nom de l'enfant</b>		<b>Age Gestationnel</b>	
<b>Prénom de l'enfant</b>		<b>Poids de naissance</b>	
<b>Date de naissance</b>		<b>Sexe</b>	
<b>Etablissement de naissance</b>		<b>Nombre de frères</b>	
<b>Etablissement d'hospitalisation au moment de l'inclusion</b>		<b>Nombre de sœurs</b>	

Des professionnels de santé des régions PACA Ouest et Corse Sud ont constitué un **réseau de santé afin d'organiser le suivi du développement des enfants nés très prématurément à moins de 33 SA** et de les orienter, si nécessaire, vers la prise en charge la plus adaptée.

Ce réseau de santé s'appelle **Naître et Devenir**. Il rassemble des praticiens exerçant en libéral, à l'hôpital, à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), en CAMSP et à l'Education Nationale. Une équipe de coordinateurs, médecins pédiatres, kinésithérapeutes et administratifs, organise le fonctionnement du réseau et le suivi des enfants. La convention constitutive et la charte du réseau sont disponibles sur notre site Internet à l'adresse [www.naitreetdevenir.org](http://www.naitreetdevenir.org) ou bien par courrier sur simple demande.

Par la signature de ce document d'adhésion au réseau, vous donnez votre accord pour l'organisation du suivi de votre enfant par Naître et Devenir et pour le recueil des informations nécessaires à ce suivi, conformément à la législation sur les données de santé. Cette adhésion est gratuite.

**J'accepte** le suivi du développement de mon enfant organisé par Naître et Devenir. Je reste libre à tout moment de revenir sur ma décision, de consulter ou rectifier les données concernant mon enfant.

**Je refuse** le suivi du développement de mon enfant organisé par le réseau de santé Naître et Devenir. Je reste libre de reprendre le suivi à tout moment en contactant Naître et Devenir.

**A**

**Le**

**Signature de la mère**

**Signature du père**

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	Mère	Père
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Adresse mail		
Niveau d'études	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>	Pas d'études <input type="checkbox"/> CAP - BEP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
Profession		

Grands-parents maternels		Grands-parents paternels	
Nom Prénom		Nom Prénom	
Tél. fixe		Tél. fixe	
Tél. portable		Tél. portable	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Code postal		Code postal	

Médecin traitant de l'enfant			
Nom			
Ville		Code postal	

Médecin référent choisi	
Nom	
Lieu d'exercice	