

Nom du médicament (si connu) :

.....

Nom et ville du prescripteur du D.E.S. (si connu) :

.....

Avez-vous des documents attestant de votre exposition ? (ordonnance, compte-rendu, attestation de témoin, dosages hormonaux...) Oui Non

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : hello@des-is-it.org

Quels sont les problèmes de santé que vous rencontrez ? (malformation, cancer, pathologie endocrinienne / métabolique, trouble psychiatrique, trouble du neuro-développement...)

Lequel(s) de ce(s) problème(s) attribuez-vous à l'exposition au DES ?

Remarques ou informations supplémentaires que vous souhaitez nous communiquer

- Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des [statuts](#) et du [Règlement intérieur](#) et déclare vouloir adhérer à l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association

DATE :

SIGNATURE :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : hello@des-is-it.org