

# MARS BLEU 2018

**AFC - UNHPC**

**ÉTABLISSEMENT**

Nom : …………………………………………………………………..……………………………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………….………………….…………………

Code Postal : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I Ville : ………………………………………..…………………………………………

Région : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Faites-vous partie d’un groupe ? □ OUI □ NON – Si oui, lequel : ……………………….…………

**RÉFÉRENT DU PROJET « MARS BLEU »**

Nom & Prénom :……………………………………..…………………………………………………………………………

Fonction : …………………………………………………………………………….…………………………………………….

Téléphone fixe & portable : I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I / I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I\_\_\_\_I

Email : ……………………………………………………………..@..................................................................

**OBJECTIF DE VOTRE PROJET « MARS BLEU »**

**Bravo, depuis les 3 années d’existence du *Fil Bleu* de la FHP-MCO, vous êtes de plus en plus nombreux à participer à la campagne « Mars Bleu ».**

**Quelles actions originales avez-vous prévues cette année pour « Mars Bleu » ? Merci de nous les décrire.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Est-ce votre première participation à « Mars Bleu » ?** OUI NON

**À quelle(s) date(s) avez-vous prévu votre/vos événement(s) ?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aurons-nous des photos de ces actions pour votre établissement ?**

OUI NON

**À quelle date recevrons-nous votre photo ?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LE PROJET EST-IL :**

À votre initiative ? OUI NON

À l’initiative de l’équipe médicale de cancérologie ? OUI NON

En partenariat avec La Ligue ? OUI NON

En partenariat avec votre RRC ? OUI NON

En partenariat avec votre 3C ? OUI NON

Autre partenariat (association de patients par exemple) ? OUI NON

Si oui, lequel : …………………………………………………………………………….……………………………………………

Faites-vous intervenir vos patients, ou anciens patients ? OUI NON

Avez-vous des commentaires particuliers ? (3 lignes)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_