



Education Thérapeutique du Patient

Inscription

NOM/PRENOM du jeune patient :

Date de naissance :



Accompagnant(s)

NOM(S)/PRENOM(S) :

Lien de parenté : Père Mère Autre (précisez) :

Coordonnées des participants

Adresse :

Code Postal

Ville

Tél :

Mail :

Organisation de l'atelier d'ETP

Nombre de participants (patient et accompagnant(s)) :

Je ne peux être présent(e), je pose ma question :

.....

- Je ne peux me déplacer et je souhaite me connecter afin de participer à la séance d'ETP. Les modalités de connexion me seront communiquées après mon inscription.

Merci de nous faire parvenir votre bulletin d'inscription par mail contact.ajados@gmail.com
avant le 30 novembre 2018

Association AJIados

Siège administratif - 8 avenue Violette MAURICE – 44300 NANTES

N° de Siret 814 556 700 00015 - E-mail : contact.ajados@gmail.com - Tel : 09.51.52.53.82

Association régie par la loi de 1901