



# Atelier Bar des aidants formulaire d'inscription

**NOM DE L'AIDANT** .....

**PRÉNOM DE L'AIDANT** .....

**NOM DU PATIENT** .....

**SECTEUR DU PATIENT** .....

**ADRESSE** .....

.....

**TÉLÉPHONE** .....

**QUESTIONS** .....

.....

.....

Fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à .....

J'accepte les conditions de participation :

L'inscription à l'atelier "Bar des Aidants" de Santé Service Bayonne et Région implique pour le participant l'acceptation des consignes de sécurité et d'hygiène qui lui seront expliquées sur place. SSBR décline toute responsabilité en cas de dommages causés à la personne et à ses biens durant l'atelier. Infos : 05 59 50 31 10.

» Signature :