

À remettre au
personnel soignant



Atelier de nutrition formulaire d'inscription

NOM
PRÉNOM



NOM DU PATIENT
SECTEUR DU PATIENT

ADRESSE
.....

TÉLÉPHONE

QUESTIONS
.....
.....



Fait le : ___ / ___ / _____ à

J'accepte les conditions de participation :

L'inscription à l'atelier nutrition 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 le cours. Les plats préparés ne seront pas consommés sur place ni emmenés. Infos : 05 59 50 31 10.

E-OPC.09.01.02.01

➤ Signature :