



Atelier Café 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 "Café 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 :