



Fiche liaison séjours thérapeutiques

Etablissement	Nom de l'établissement de référence :			Nom du responsable du séjour :	
	Adresse :				
	Structure participante :			Téléphone :	
	Adresse :			Mail :	
Séjour de :				Date :	
	Nom	Prénom	Téléphone	Mail	Notes
Soignant					
Soignant					
Soignant					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
Adresse de facturation					
			Téléphone et mail facultatifs pour les patients		
Adhésion Sport-en-Tête *		Oui	Non	*Obligatoire pour participer aux séjours	