

# FICHE D'INSCRIPTION

## **ETABLISSEMENT :**

**Noms des soignants :**

**Noms des soignants « arbitre » :**

Nombre de personnes :

Nombre d'équipes engagées :

A retourner à :

**Service Psychiatrie Adulte Lavallois  
CATTP Sport  
Centre Hospitalier de LAVAL  
40 rue St Benoît  
53000 LAVAL**