

BULLETIN D'INSCRIPTION :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

NOMS DES SOIGNANTS REFERENTS (maximum 2) :

-
-

NUMERO(S) DE TELEPHONE DES SOIGNANTS REFERENTS :

-
-

NOMS DES PATIENTS ENGAGES (maximum 5) :

(NB : possibilité de changer les participants selon besoin dans la limite de 5 patients par équipe)

-
-
-
-
-

LES EQUIPES DEPASSANT LE NOMBRE DE PARTICIPANTS NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE