

INSCRIPTION

Souhaitez-vous participer à l'action proposée « Formation/information à destination des aidants de malade atteint de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées » ?

OUI, je suis intéressé(e)

NON

Si oui, merci de renseigner les informations suivantes.

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

.....

N° de Téléphone

Email

Lien avec la personne aidée :

Prise en charge de l'aidé souhaitée le temps de la formation : OUI, je suis intéressé(e)

NON

A quel(s) action(s) souhaitez-vous vous inscrire ? En cas de choix multiples, merci de classer les actions souhaitées par ordre de préférence (1 étant votre premier choix)

CHOIX	ACTIONS
XXXXXXXXXXXX	BASSE-HAM <i>Du 1^{er} décembre 2016 au 16 mars 2017</i>
XXXXXXXXXXXX	Secteur de FAMECK <i>Du 20 mars au 26 juin 2017</i>
	Secteur de GUENANGE <i>Du 11 sept au 4 décembre 2017</i>

Vous serez prochainement contacté par l'organisateur des ateliers pour vous donner plus de précision sur le déroulement, le programme détaillé, les horaires et le lieu de ces ateliers.