

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
	<p style="text-align: center;">THIONVILLE <i>Du 6 octobre 2020 au 12 janvier 2021</i></p>

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.