



FORMATION DES AIDANTS FAMILIAUX

Bulletin de préinscription

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° de tél :

Lien de parenté avec le malade :

A compléter et à retourner à :
FRANCE ALZHEIMER REUNION
11, rue de la République
Bât. SHLMR « La Rivière »
97400 SAINT DENIS

Pour plus de renseignements :
02 62 94 30 20