INSCRIPTION

LE

❖ **MRS La Bouvière :**

MR/MRS RS CAJ CS

- Nom + Prénom :
- Date de naissance + NN :
- Mutuelle :
- Adresse :
- Personnes de contact :
- Médecin traitant :
- Raisons / remarques / situation médicale :
  Se laver, s'habiller, transferts et déplacements, aide à la toilette, continence, manger, espace | temps

  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....
  .....