



**FRANCE
ALZHEIMER**

& MALADIES APPARENTÉES

76 SEINE-MARITIME

**BULLETIN
D'INSCRIPTION
FORMATION
DES AIDANTS**

► Je souhaite participer au prochain cycle de formation des aidants

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Téléphone mobile :

Email :@.....

Lien de parenté avec la personne malade :

.....

Le : / /

Signature :

► RETOURNER À
France Alzheimer 76
BP 4023
76610 Le Havre