



Bulletin Inscription

Bulletin d'inscription en ligne sur www.vml-asso.org/cystinose-lyon2018

Ou renvoyez ce document complété à « Asso VML - 2 ter av de France - 91300 MASSY »

Contact renseignement François Robert - VML au 01 78 85 00 63

Participant 1 : NOM Prénom

Age pour les enfants :

Vous êtes : Patient Cystinose Membre famille (parent, conjoint, fratrie)

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 2 : NOM Prénom

Age pour les enfants :

Vous êtes : Patient Cystinose Membre famille (parent, conjoint, fratrie)

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 3 : NOM Prénom

Age pour les enfants :

Vous êtes : Patient Cystinose Membre famille (parent, conjoint, fratrie)

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 4 : NOM Prénom

Age pour les enfants :

Vous êtes : Patient Cystinose Membre famille (parent, conjoint, fratrie)

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Hébergement

Prévoyez vous de réserver une nuitée vendredi soir : NON OUI

Coordonnées :

Email Téléphone

Adresse

Code Postal VILLE

Commentaires aux organisateurs :