

CYSTINOSE *Inscription*

Programme et inscription en ligne sur www.vml-asso.org/cystinose-paris2019

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

Ou à Hôpital Necker Service néphrologie Isabelle Vincent 149 rue de Sèvres 75015 Paris

Participant 1 : NOM **Prénom**

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

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 2 : NOM **Prénom**

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

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 3 : NOM **Prénom**

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

Professionnel de santé - social - associatif Autre - précisez

Participant 4 : NOM **Prénom**

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 c OUI

Coordonnées :

Email Téléphone

Adresse

Code Postal VILLE

Commentaires aux organisateurs :