

Sujet traité:

Date:

Lieu:

<b>Animateur</b>	<b>Qualité</b>	<b>Signature animateur</b>
<b>Co-animateur</b>	<b>Qualité</b>	<b>Signature co-animateur</b>

*\*Accepte la diffusion des photos, prises ce jour, lors des manifestations et pour les publications du réseau (Assemblée Générale, site internet...)*

Nom et prénom	Qualité	Lu et approuvé*	Médecin traitant	Signature
1	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
2	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
3	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
4	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
5	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
6	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
7	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
8	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
9	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
10	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
11	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			
12	Usager Accompagnant Prof. de santé / Autre			