

A remettre à :

LE SOUFFLE 64

21 rue de Livron - 64000 PAU ou par fax : **09 82 62 14 62**

ou par email : contact@lesouffle64.fr

FICHE INSCRIPTION DU PATIENT « LES ATELIERS DU SOUFFLE »

Cachet du Professionnel de santé

Date:		
Nom:		
Prenom:		
Date de Naissance :		
Telephone domicile:		
TELEPHONE PORTABLE:		
Allergie:	□ Oui	□ Non
STADE DE L'ASTHME :		
Intermittent		
LEGER PERSISTANT		
MODERE PERSISTANT		
SEVERE PERSISTANT		
Traitement de crise : Traitement de fond :		