

**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 : .....