



A remettre : A LE SOUFFLE64  
OU PAR FAX : 09 82 62 14 62  
OU PAR MAIL : [cd64@lesouffle.org](mailto:cd64@lesouffle.org)

## 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 : .....