Le Souffle 64
Pyrénées Atlantiques

Fiche d'inscription à envoyer à l'association : **Le Souffle 64**

Mail : **contact@lesouffle64.fr**

FICHE INSCRIPTION DU PATIENT – PROGRAMME D'ETP

Les Ateliers de l'Asthme

Cachet ou Nom du Professionnel de santé

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Téléphone portable : .....

Commune de résidence du patient : .....

- Traitement de crise : .....
- Traitement de fond : .....

Allergies : .....

Remarques particulières : .....

.....