

DEMANDE D'INSCRIPTION
Aux ateliers d'éducation thérapeutique «école du souffle »

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Niveau Scolaire : _____

Adresse : _____

Adresse électronique des parents : _____

Tél. fixe _____ Tél. portable : _____

L'enfant vit au domicile : des parents du père de la mère

Frère Sœur

Traitement de fond : _____

Traitement de crise : _____

Chambre d'inhalation : _____

Débitmètre de pointe : OUI NON

Allergies respiratoires : _____

Allergies alimentaires : _____

Facteurs déclenchant la crise d'asthme : _____

Motif de la demande d'éducation thérapeutique: _____

Médecin traitant :

Adresse postale :

Adresse électronique :

date :

signature :