

CONTACT ET INSCRIPTION

Vos inscriptions

Nom

Rue et numéro

Code postal et localité

E-Mail

Date de naissance

Numéro de téléphone

Numéro AVS

Caisse maladie

Votre histoire

Coordonnées du médecin référent

Nom

E-Mail

Numéro de téléphone

Veillez envoyer le formulaire d'inscription à l'adresse ci-dessous :