

## RENCONTRE DU \_\_\_\_\_

Nom..... Prénom.....

Adresse : .....

Tel (indispensable) : .....

Adresse Mail : .....

Nombre de personnes /\_\_\_/

Lien de parenté avec la personne âgée dépendante :

Parents

Frère/sœur

Oncle/tante

Conjoint

Voisin

**Inscription par retour du coupon-réponse** au

Conseil Général - Pôle Gériatrique du Chablais - 1, rue Casimir Capitan

B.P 70522 - 74203 THONON-LES-BAINS CEDEX

**ou par téléphone** au 04.50.81.89.34