

COUPON RÉPONSE

à retourner avant le 15 août 2017 à :

info@associationiris.org

M^{me} (1) M^r (1) M^{me} et M^r (1)

Adresse

Code postal Ville Tél.

E-mail @

Assistera à la réunion (1) oui non à cocher si vous êtes un soignant du CH de :

Nom et prénom du patient suivi : Date de naissance

Au CHU de : par le Docteur :

Nom de la maladie : Substitution en immunoglobulines (1) oui non

Nombre de personnes accompagnantes (en plus de la personne suivie pour DIP) : **enfants (2)** **adultes**

Prénom Âge Prénom Âge

Prénom Âge Prénom Âge

Prénom Âge

helene.serandour@chu-rennes.fr