Maison Sport Santé de L'Office des Sports et du Temps Libre de Saint-Pierre

FORMULAIRE D'ADRESSAGE

Nom, Prénom (et fonction) _____ a proposé à la patiente :
Nom, Prénom : _____
Née le : ____/____/_____

D'intégrer le dispositif "Active Mum 974" à la Maison Sport Santé de l'OSTL de Saint-Pierre

Informations ou remarques :

_____

_____

_____

_____

Cachet et signature du professionnel

Je soussignée, Mme _____ autorise le (la) professionnel(le) à transmettre mes coordonnées à la **Maison Sport-Sant de l'OSTL** afin de me communiquer davantage d'infomations relatives au projet **Active Mum 974.**

Coordonnées de la patiente :
Téléphone _____
Mail _____

Date : / /
Signature de la patiente

Maison Sport Santé de l'Office des Sports et du Temps Libre de Saint-Pierre
130 Rue du Four à Chaux - Saint-Pierre 97410
0693 11 37 07 / sportsante@ostl-saint-pierre.com
http://ostlmss.wordpress.com