

DOSSIER D'INSCRIPTION AU CENTRE D'EDUCATION AJD
Groupes de GRANDS-PARENTS

A COMPLETER ET A ADRESSER AU SECRETARIAT DE L'AJD - 9 avenue Pierre de Coubertin - 75013 PARIS

FEUILLET N°1 A REMPLIR PAR LES FAMILLES

NOM de l'enfant qui a un diabète : PRENOM :

Né(e) le :/...../..... Date de début du diabète :/...../.....

ADRESSE :

.....

TELEPHONE Domicile :Travail :Mobile :

Courriel:@.....

....

Nom du **médecin diabétologue** :

Hôpital :

NOM des grands-parents : PRENOM :

Né(e) le :/...../.....

NOM des grands-parents : PRENOM :

Né(e) le :/...../.....

ADRESSE :

.....

TELEPHONE Domicile :Mobile :

Courriel:@.....

ENGAGEMENT :

Je soussigné,

Souhaite participer au groupe de **grands-parents**.....

je m'engage à participer activement à toutes les séances auxquelles je m'inscris et je suis informé que je ne pourrai changer de groupe.

Fait à :

Signature :

QUELLES SONT LES DIFFICULTES QUE VOUS RESSENTEZ , QU'ATTENDEZ VOUS DE CES REUNIONS ?