



Demande d'adhésion au réseau

EQUIPE DE COORDINATION
RESEAU NEURO CENTRE

Je soussigné(e),

3 rue Monseigneur Marcel
37000 Tours
Tél : 02 47 77 06 45
Fax : 02 47 77 06 44

Madame, Mademoiselle, Monsieur (+ nom et prénom)

Adresse
Email :
reseauneurocentre@orange.fr

www.reseauneurocentre.fr

Né(e) le _____ à _____

Infirmières réseau

Mme Candy BONFANTI Profession

Mme Violaine PERVENCHE

Mme Nathalie SIOURD Lieu d'exercice

Médecin coordinateur

Dr Anne-Marie GUENNOC Numéro de téléphone

Psychologue

Mlle Caroline RENAUX Numéro de fax
Email

Ergothérapeute

M Fabien ROCHET Déclare avoir pris connaissance de la charte et de la convention constitutive du Réseau Neuro Centre et m'engage à les respecter.
(téléchargeables sur le site internet www.reseauneurocentre.fr rubrique téléchargement)

Coordinatrice administrative

Mme Cécile CURIS A _____ le _____
Signature

Secrétaire

Mme Nelly MERCEY

Fiche à renvoyer au : Réseau Neuro Centre, 3 rue Monseigneur Marcel, 37000 TOURS