



Date :

## **Fiche de renseignements bénéficiaires**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

---

Maladie :

Type :

Stade :

Traitements :

Médecins :

Prise d'antidépresseurs ? :

Suivi psy, date de début :

Activité/ Atelier :