

Fiche de renseignements – SANTE, SOINS, Sanitaire, Social -

Nom et Prénom	<i>M., Mme, Mle</i>																																						
Nom de l'Activité																																							
Adresse de l'activité																																							
Téléphone fixe, portable																																							
Télécopie																																							
Adresse de messagerie	@																																						
Numéro d'urgence	urgence :																																						
Site Internet																																							
Spécialité	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chirurgien</td> <td><input type="checkbox"/> Dentiste</td> <td><input type="checkbox"/> Allergologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diététicien</td> <td><input type="checkbox"/> Endocrinologue</td> <td><input type="checkbox"/> Dermatologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gastro-entérologue</td> <td><input type="checkbox"/> Gériatologue</td> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infirmier</td> <td><input type="checkbox"/> Médecin généraliste</td> <td><input type="checkbox"/> Gynécologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orthophoniste</td> <td><input type="checkbox"/> Ophtalmologue</td> <td><input type="checkbox"/> Néphrologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pédiatre</td> <td><input type="checkbox"/> Orthoptiste</td> <td><input type="checkbox"/> Opticien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychologue</td> <td><input type="checkbox"/> Psychanaliste</td> <td><input type="checkbox"/> Ostéopathe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Radiologue</td> <td><input type="checkbox"/> Psychomotricien</td> <td><input type="checkbox"/> Psychiatre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sexologue</td> <td><input type="checkbox"/> Radiothérapeute</td> <td><input type="checkbox"/> Psychothérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurologue</td> <td><input type="checkbox"/> Stomatologue</td> <td><input type="checkbox"/> Rhumatologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cancérologue</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumologue</td> <td><input type="checkbox"/> Pharmacien</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Autre. Précisez :</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Chirurgien	<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Allergologue	<input type="checkbox"/> Diététicien	<input type="checkbox"/> Endocrinologue	<input type="checkbox"/> Dermatologue	<input type="checkbox"/> Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> Gériatologue	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Gynécologue	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Ophtalmologue	<input type="checkbox"/> Néphrologue	<input type="checkbox"/> Pédiatre	<input type="checkbox"/> Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Opticien	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Psychanaliste	<input type="checkbox"/> Ostéopathe	<input type="checkbox"/> Radiologue	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Sexologue	<input type="checkbox"/> Radiothérapeute	<input type="checkbox"/> Psychothérapeute	<input type="checkbox"/> Neurologue	<input type="checkbox"/> Stomatologue	<input type="checkbox"/> Rhumatologue	<input type="checkbox"/> Cancérologue	<input type="checkbox"/> Pneumologue	<input type="checkbox"/> Pharmacien	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :		
<input type="checkbox"/> Chirurgien	<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Allergologue																																					
<input type="checkbox"/> Diététicien	<input type="checkbox"/> Endocrinologue	<input type="checkbox"/> Dermatologue																																					
<input type="checkbox"/> Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> Gériatologue	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute																																					
<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Gynécologue																																					
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Ophtalmologue	<input type="checkbox"/> Néphrologue																																					
<input type="checkbox"/> Pédiatre	<input type="checkbox"/> Orthoptiste	<input type="checkbox"/> Opticien																																					
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Psychanaliste	<input type="checkbox"/> Ostéopathe																																					
<input type="checkbox"/> Radiologue	<input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Psychiatre																																					
<input type="checkbox"/> Sexologue	<input type="checkbox"/> Radiothérapeute	<input type="checkbox"/> Psychothérapeute																																					
<input type="checkbox"/> Neurologue	<input type="checkbox"/> Stomatologue	<input type="checkbox"/> Rhumatologue																																					
<input type="checkbox"/> Cancérologue	<input type="checkbox"/> Pneumologue	<input type="checkbox"/> Pharmacien																																					
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :																																							
Jours et Horaires d'ouverture, ou de consultation	<p>✓ Lundi :</p> <p>✓ Mardi :</p> <p>✓ Mercredi :</p> <p>✓ Jeudi :</p> <p>✓ Vendredi :</p> <p>✓ Samedi :</p> <p>✓ Dimanche :</p>																																						

Précisions à apporter :

.....

.....

.....

.....

J'accepte que les informations apportées dans ce présent formulaire soient utilisées par la Communauté de Communes CŒUR DE BERRY pour la publication d'un guide pratique écrit ainsi que pour une version numérique sur le site Internet de la Communauté de communes.

A.....,

le.....

Signature,

Cachet du Professionnel