



## Fiche de pré-inscription WES PVVIH du 07 au 09 mars 2025

A transmettre à  avant le

Par mail

---

**Personne à prévenir en cas d'annulation**

Roy BEARD : rbeard@aides.org - 02 38 53 30 31

---

Intitulé de la réunion/formation

Dates  Lieu

Responsable/organisateur-trice

---

Identité du participant Genre  femme  homme  autre

Nom  Prénom

Adresse

Code postal  Ville

Tél.  Email

---

**Hébergement**

en chambre twin

---

**Restauration**

végétarien  sans porc  sans sel  diabétique

autre :

---

**Besoins particuliers**

mal voyant  mal entendant/sourd  mobilité réduite/fauteuil roulant

autre :

---

**Indications médicales (traitements à conserver au frais, soins infirmiers...)**

---

Date et signature du/de la participant-e
<input type="text"/>