|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATELIER :**  | **Date :** | **Lieu :** |
| **Organisateur-trice :** **Tel :**  | **Animateur-trice :** **Tel :** |
| **Nom du bénéficiaire****Prénom** |  |  |  |  |  |
| **Adresse** |  |  |  |  |  |
| **Téléphone** |  |  |  |  |  |
| **Mobilité** |  |  |  |  |  |
| **Coordonnées****ADV référent-e** |  |  |  |  |  |
| **Coordonnées aidant familial ou tuteur** |  |  |  |  |  |
| **Temps estimé de préparation du bénéficiaire** |  |  |  |  |  |
| **Transport (autonome ou qui le prend en charge ?)** |  |  |  |  |  |
| **Heures de retour maxi (soins infirmiers, etc.)**  |  |  |  |  |  |