|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.)** |  |  |  |  |  |