



Saint-Louis  
Réseau  
Sein

## FICHE D'INSCRIPTION

NOM : .....Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....  
.....  
.....

Journée de formation sur la rééducation des patientes traitées pour un cancer du sein, **le 26 septembre 2007** :

Oui, je souhaite participer  Non, je ne souhaite pas participer

J'ai déjà reçu une formation dans le même domaine :

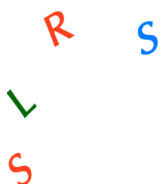
Oui Année : \_\_\_\_\_  Non

Déjeuner sur place :

Oui  Non

**En raison du nombre limité des places, nous vous prions de bien vouloir renvoyer votre réponse avant le 20 juillet à l'intention de Mme Charlotte LENA, secrétaire du réseau à l'adresse suivante :**

Association Saint-Louis Réseau Sein  
HOPITAL SAINT-LOUIS  
1 avenue Claude Vellefaux  
75010 PARIS



**Saint-Louis Réseau Sein**

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein  
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10  
Secrétariat Saint-Louis-Réseau-Sein : Charlotte LENA  
Téléphone : 01.42.49.47.48

E.mail : [saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr](mailto:saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr) / [contact@saint-louis-reseau-sein.org](mailto:contact@saint-louis-reseau-sein.org)

