

**Santé mentale**

1ère rencontre avec les partenaires des

**Contrats Locaux de Santé du Loiret**

COUPON REPONSE A RETOURNER AVANT LE 12 NOVEMBRE 2018

Par courriel [dirsoins@ch-daumezon45.fr](mailto:dirsoins@ch-daumezon45.fr)

Nom

Prénom

Etablissement

Fonction

Courriel

Téléphone

**INSCRIPTION JOURNEE**

Participera à la 1<sup>ère</sup> rencontre avec les partenaires des Contrats Locaux de Santé du Loiret

**DEJEUNER**

Je déjeune sur place. Je prévois un chèque d'un montant de 9,20€ à l'ordre du Trésor Public.

Je ne déjeune pas sur place