



## VOS CORRESPONDANTS PARAMEDICAUX EXTERNES

**Votre médecin traitant** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre pharmacie de ville** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre compagnie d'ambulance ou taxi** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre infirmier(ière) libéral(e)** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre aide-ménagère** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre portage de repas** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre assistante sociale** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....

**Votre tuteur si vous êtes sous tutelle ou curatelle** : Nom : .....

Adresse : ..... Téléphone .....