

**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