

FICHE DE LIAISON CPTS / CIDFF NORD TERRITOIRES

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Ville de résidence : _____

Souhaite être contactée par le CIDFF Nord/Territoires de préférence :

Le matin

L'après-midi

En soirée

Numéro de téléphone ou adresse mail ou autre moyen d'échange (personnel ou celui d'un proche) : _____

- J'autorise Madame, Monsieur, (nom du soignant) -----
à communiquer cette fiche au CIDFF Nord/Territoires pour qu'il puisse m'informer et m'accompagner dans d'éventuelles démarches
- J'autorise le CIDFF Nord/Territoires à me contacter selon les modalités indiquées précédemment.
- J'ai pris connaissance du fait que cette fiche de renseignement ne constitue pas un dépôt de plainte.

Contact du. de la soignant.e : _____

Fait à

Le :

Signature