FEUILLE DE PRESENCE – Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

Date de la Réunion : .....

N° identifiant de(s) l'enfant(s): .....

NOM - Prénom	Fonction	Mail	Signature

Maison des Réseaux de Santé de Savoie
Espace RYVHYERE
94, Bis Rue de la Revériaz - 73000 CHAMBERY
Tél : 04.79.62.29.69 – Fax : 04.79.62.39.71 –
info@mrss.fr
SIRET : 48460820300036 – APE : 9499Z