



CARTE MÉMO

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Contacts de mon service de soin référent

Contacts de ma/mes personnes de soutien et/ou personnes de confiance



Je sais que je commence à ne pas me sentir bien quand

Pour me calmer ou m'apaiser je

Mes traitements actuels

Si ça ne va pas je souhaite

Date ____ / ____ / ____

Signature

Livret complet mon GPS disponible :