



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

Ma situation familiale



Si je dois être hospitalisé-e

Ce que je souhaite qu'on indique à mes enfants

A qui je souhaite confier mes enfants

Où je ne souhaite pas qu'ils aillent

Date ____ / ____ / ____

Signature

Livret complet mon GPS Parents disponible :