**Formulaire d’inscription pour cours aux patients**

(à faxer au 022/372.93.30)

□ Cours FIT (insulinothérapie fonctionnelle)

□ Cours calculateur bolus

□ Cours pompe en sécurité

Cabinet/Nom du Médecin : ………………………………………………………………………………………………….

Madame, Monsieur : (nom et prénom) ……………………………………………………………………………………..

Date de naissance : ..................................................................................................................................................

Tél (fixe et portable) : ................................................................................................................................................

Email : .......................................................................................................................................................................

**Quelques repères :**

Traitement :

* Pompe à insuline: □ Oui □ Non
* Système de mesure en continu du glucose: □ Oui □ Non

Nb d'unités d’insuline par jour : ........................................................................................................

Poids et taille : ........................................................................................................

**Attente/but vis-à-vis du cours :** ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

D'avance, nous vous remercions pour votre collaboration.