



| Nom et Prénom du Résident | Date d'entrée | Date de sortie | Motif de l'accompagnement |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |
|                           |               |                |                           |

Nom :  
Fonction :  
Visa :

Rédacteur  
Dr Pinganaud,  
Médecin co.

Validation  
Sylvie LACOSTE,  
Directrice

Conformité à la gestion qualité  
Audrey TINNES,  
Chargée Qualité