D E R P A D

Formulaire demande de partenariat

Nom : .....
Prénom : .....
Fonction : .....
Organisme / institution : .....
.....

Secteur d'activité :

Soins somatiques / Sida ☐ Soins psychiques ☐ Toxicomanies / alcoologie ☐
Education spéciale ☐ Protection de l'enfance ☐ PMI/planification familiale ☐
Scolaire / péri-scolaire ☐ Jeunes majeurs / adultes / familles ☐ Autres ☐

Adresse de l'organisme : .....
.....
.....
.....
.....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Description (si possible nous joindre une plaquettede présentation) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DERPAD - 75 rue de Turbigo - 75003 Paris - Tél. 01 53 42 36 15 - Fax 01 53 04 03 72 - infos@derpad.com - www.derpad.com