

FICHE DE SUIVI RÉÉDUCATION POST COVID19

Nom du patient :

Commune d'intervention :

Age :

Intervenant :	COMMENTAIRES
<p>Date intervention :</p> <p>Heure d'arrivée :</p> <p>Heure de départ :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Date intervention :</p> <p>Heure d'arrivée :</p> <p>Heure de départ :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>