

## FICHE DE SUIVI RÉÉDUCATION POST COVID19

Nom du patient : .....

Commune d'intervention : .....

Age : .....

Intervenant :	COMMENTAIRES
Date intervention :	.....
Heure d'arrivée :	.....
Heure de départ :	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....