



## Full inscripció

### Grups Cuidadors de persones amb demència

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

Correu electrònic \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

Relació Afectat \_\_\_\_\_

#### Dades persona afectada

Nom \_\_\_\_\_ Cognoms \_\_\_\_\_

Sexe

Telèfon \_\_\_\_\_

Home

Dona

Diagnòstic \_\_\_\_\_

Edat \_\_\_\_\_

Persona que el cuida \_\_\_\_\_

#### Comentaris

Sí, vull seguir rebent informació de les activitats organitzades per Alzheimer Catalunya Fundació