CMP – CJC

Nom de la structure :

Adresse de la structure :

Téléphone :

Fax :

Mail(s) :

Responsable médical de la structure :

Cadre paramédical de la structure :

La structure est-elle rattachée à un secteur, hôpital, association, etc. :

Coordonnées de la structure de rattachement :

Quels sont les horaires d’ouverture de votre structure :

Lundi :

Mardi :

Mercredi :

Jeudi :

Vendredi :

Samedi :

Dimanche :

Quelles sont les modalités pour vous adresser un patient ? :

A partir de quel âge accueillez-vous les patients :

Quelles offres de soins sont possibles dans votre structure :

Avez-vous des projets spécifiques, des spécialités dans votre structure :

Avez-vous déjà des partenariats avec d’autres structures, associations, organismes ?

(HDJ, hospitalisation, activités préventives, etc.)

Votre structure est-elle accessible aux personnes en fauteuil roulant ?

Certains professionnels de votre structure pratiquent-ils la langue des signes ?

Certains professionnels de votre structure peuvent-ils accueillir des personnes parlant d’autres langues ?

Quelle sont les modalités d’accès à votre structure ?