RETOUR D’UN APPAREIL DE COMMUNICATION

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| Nom de l’usager :       |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION DE L’AIDE À LA COMMUNICATION :** |
| * Appareil :
 |       | Numéro : |       |
| * Accessoire :
 |       |  |  |
| * Accessoire :
 |       |  |  |
| * Accessoire :
 |       |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rapportée par : |       |
| Lien avec l’usager : |       |
| Téléphone : |       |
| Raison du retour : |       |
| Reçue par (nom) : |       |
| Coordonnées :  |       |

***Je reconnais qu’en acceptant cette aide à la communication, je deviens responsable de la retourner au centre de distribution d’ici 10 jours.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature : |       |  |
| Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |  |