



RESEAU SANTE NAMUR

Convention de Réseau



ANNEXE A LA CONVENTION DE RESEAU

Le partenaire complète les données et informations ci-dessous et transmet celles-ci au Comité de pilotage par un courriel adressé au coordinateur de réseau :

projetreseausantenamur@hotmail.com

PARTIE 1 - Fiche descriptive

- Informations générales :

<i>Nom de l'institution / du service :</i>	
<i>Forme juridique :</i>	
<i>Pouvoir(s) subsidiant(s) :</i>	
<i>Rue, numéro et boîte :</i>	
<i>Code postal :</i>	
<i>Localité :</i>	
<i>Téléphone :</i>	
<i>Fax :</i>	
<i>Courriel :</i>	
<i>Site internet :</i>	

- Garant de service :

<i>Nom :</i>	
<i>Prénom :</i>	
<i>Téléphone :</i>	
<i>Courriel :</i>	

- Activités :

<i>Public-cible :</i> <i>(max. 60 mots)</i>	
<i>Mission :</i> <i>(max 100 mots)</i>	
<i>Actions :</i> <i>(max. 100 mots)</i>	
<i>Personnel</i> <i>(composition de l'équipe) :</i> <i>(max. 60 mots)</i>	

PARTIE 2 - Identification au sein des fonctions

Le partenaire s'identifie, dans le cadre de la présente convention de réseau, comme opérateur dans **au moins une et au maximum deux** des 5 fonctions :

	<u>Fonction 1</u> Première ligne	<u>Fonction 2</u> Equipes mobiles	<u>Fonction 3</u> Réhabilitation psychosociale	<u>Fonction 4</u> Soins hospitaliers	<u>Fonction 5</u> Habitat
(cocher le(s) case(s) correspondante(s))					