Une image contenant texte, logo, Police, Graphique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**Une image contenant texte, Police, logo, Graphique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**Une image contenant texte, logo, Graphique, graphisme

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**Rencontres sur le thème de la Myasthénie**

**Vendredi 10 octobre 2025 de 13h30 à 17h00**

**Salle des Congrès de l’Hôpital Pierre Paul Riquet**

Avenue du Professeur Jean Dausset 31300 TOULOUSE

**Vous avez 3 possibilités pour vous inscrire :**

* La solution la plus simple est de vous inscrire **directement en ligne en cliquant sur ce lien ou**

**en flashant le QRCode :**

**<https://forms.office.com/e/LTwWf2gWVX>**

****

**Les inscriptions sont individuelles.**

**Bien-sûr, vous êtes les bienvenus que vous ayez la myasthénie ou que vous soyez proche d'une personne ayant la myasthénie.**

**Chacun doit s’inscrire séparément ET choisir les 2 Ateliers auxquels il(elle) souhaite participer.**

* Vous pouvez retourner le bulletin ci-dessous **par courrier à :**

**Service Régional AFM-Téléthon Occitanie Pyrénées**

**1149 rue La Pyrénéenne**

**Bâtiment Innopolis - Hall A 31670 LABÈGE**

* Vous pouvez également retourner ce bulletin **par mail** à : [**occitaniepy@afm-telethon.fr**](mailto:occitaniepy@afm-telethon.fr)

Pour toute question, vous pouvez contacter directement **le Service Régional AFMT au 05 61 39 95 60**

**NOM :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Prénom :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tél :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Mail :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Adresse :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Vous avez la myasthénie**

**Vous êtes un proche d'une personne atteinte de myasthénie**

**Autre**

**Choix de 2 Ateliers parmi les 4 Ateliers proposés.**

**Toutes les personnes présentes doivent s’inscrire (malade et/ou aidant).**

**Indiquer vos préférences : 1 pour l'Atelier auquel vous aimeriez vraiment participer … 4 correspond à l'Atelier qui vous intéresse le moins.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Classez de 1 à 4 par ordre de préférence** |
| **Atelier 1** : « Vie intime et myasthénie : oser en parler ! ». |  |
| **Atelier 2** : « Alimentation et déglutition dans la Myasthénie » |  |
| **Atelier 3** : « Pratiquer une Activité Physique Adaptée avec la Myasthénie » |  |
| **Atelier 4** : « Vivre avec une maladie « capricieuse » : les répercussions psychologiques de la myasthénie » |  |

**Avez-vous des questions ou des remarques ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

