



**Demande Centre de référence Généo :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Téléphone :**

**Adresse mail :**

**Âge :**

**Médecin traitant :**

**Coordonnées :**

Je soussigné(e) .....

Demande un rendez-vous de consultation avec l'équipe du centre de référence Généo.

Demande un rendez-vous de suivi de consultation de génétique du centre de référence Généo.

Demande une hospitalisation de suivi de génétique avec l'équipe du centre de référence Généo.

Fait à :

Signature :



En collaboration avec le centre de référence Généo  
Association des Malades du Syndrome d'Ehlers-Danlos  
Maladie des Tissus conjonctifs et du collagène  
Cami del Volo 66300 Fourques – 0620811442 – [amsed.genetique@sfr.fr](mailto:amsed.genetique@sfr.fr)

