



CENTRE HOSPITALIER AUNAY - BAYEUX

NOTE D'INFORMATION  
RELATIVE AUX ANIMATIONS TOUR DE FRANCE

### Service émetteur :

- |                                     |       |   |
|-------------------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/>            | DG    |  51 50 |
| <input type="checkbox"/>            | DRH   |  51 52 |
| <input type="checkbox"/>            | DSEL  |  77 52 |
| <input type="checkbox"/>            | DAF   |  51 55 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DS    |  51 29 |
| <input type="checkbox"/>            | DQGDR |  54 52 |
| <input type="checkbox"/>            | DTMP  |  20 87 |

### Diffusion :

## Site Aunay sur Odon

Date : 26/05/2025

## A l'attention des personnes hospitalisées et des familles/Site d'Aunay sur Aunay,

A l'occasion du passage du Tour de France près de l'hôpital, nous proposerons aux personnes hospitalisées qui le souhaitent, de participer à différentes animations :

- ➡ Vélo humain les 3 et 10 juin
  - ➡ Tous à vélo le 3 juillet
  - ➡ Tour de France, sa caravane et les coureurs, le 10 juillet.

Afin d'organiser au mieux ces sorties en extérieur de l'hôpital, en plus de l'aval médical, nous aurons besoin de votre autorisation pour que votre proche puisse, d'une part participer à ces évènements, et d'autre part, être photographié ou filmé lors de ces différents temps.

Les organisateurs et l'équipe de rééducation se tiennent à votre disposition, si vous souhaitez des informations sur ces différentes animations festives.

A cet effet, nous vous demandons donc de bien vouloir compléter le coupon ci-dessous. En l'absence de ce coupon complété, votre proche ne pourra pas participer.

**Votre retour est attendu au plus tôt et impérativement avant le 02 Juin 2025 16h00 au secrétariat médical (ou auprès d'un membre de l'équipe soignante).**

La Directrice des soins  
CENTRE HOSPITALIER ALAINAY BAYEUX  
Directrice référente de Pole  
BP 18121 - 14410 BAYEUX CEDEX  
Mme RIVAT-CACLARD V.  
Mme RIVAT-CACLARD  
Mme RIVAT-CACLARD

Je, soussigné (nom prénom) \_\_\_\_\_  
autorise (nom prénom - date de naissance) \_\_\_\_\_



Date :  
Nom :

Signature :