

# Journée départementale Nièvre

**pas S'santé**  
Jeunes Bourgogne Franche-Comté

Restitution de  
l'activité « Trouvez  
quelqu'un qui ... »

**ireps**  
Instance régionale  
d'éducation et de promotion  
de la santé  
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

« Je suis ... »

Restitution

Déroulement : Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

Durée :

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Centre d'accueil - Formations - Recherche Interventionnelle - Appui aux équipes de santé

Nom(s) et Prénom(s) :

CAULLIER Julie  
GAT Tiphaine

Nom de la structure ou entreprise

IREPS BEC Antenne de la Nièvre

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

3 bis av. Lamarche 58000 NEVERS

Téléphone : 031 261593519

Adresse(s) mail :

j.caullier@ireps-bfc.org  
t.gat@ireps-bfc.org





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - Animation du CLS - Accompagnement des collectifs et professionnels dans leurs projets - Soins - Animation du territoire pour favoriser l'installation

Nom(s) et Prénom(s) :

GIREAUD VEYSSEYER, Elodie

Nom de la structure ou entreprise

Boys Val de Loire Charentais

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Varennes-Vauzelles

Téléphone : 03186220169

Adresse(s) mail :

elodie.veysseyer @valde Loirecharentais.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - Animation du CLS - Accompagnement des collectifs et professionnels dans leurs projets - Soins - Animation du territoire pour favoriser l'installation

Nom(s) et Prénom(s) :

BERNARD, Arnaud

Nom de la structure ou entreprise

Boys Nièvre-Morvan

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Feublingy

Téléphone : 061371330938

Adresse(s) mail :

arnaud.bernard @nièvremorvan.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre de jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités <i>Thématique</i> - sport... Pranchi... - Sport Emploi... Formation - Sport insertion... - Sport... Taxite... (Coordination, placement) impulsion projet/Action

*Aspect réglementaire*

Nom(s) et Prénom(s) :

FEVRE Ingrid

Nom de la structure ou entreprise

DDCSPP Service JSVA

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

NEVERS

Téléphone : 0315810720 26

Adresse(s) mail :

ingrid.fevre@nievre.gouv.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre de jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Réseau de Restitution - Intervention aux parents collège d'élus - Lo. Qual. Alcool - Lo. Digital - Lo. sexualité - Lo. Equilibre alimentaire

Nom(s) et Prénom(s) :

BLOCH Mélanie

Nom de la structure ou entreprise

SJCSPA Protection sociale des étudiants

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral

Nevers 20 Rue Charles Roy

Téléphone : 0616013319562

Adresse(s) mail :

melanie.bloch@eulpep.com



Mélanie BLOCH

Responsable scientifique  
Associée de Eulpep

Mélanie.bloch@eulpep.com  
06 60 37 95 62

20 Rue Charles Roy  
58000 Nevers  
83 84 34 65 29



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input checked="" type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - éducation thérapeutique - diabète HFA BPCO - dépistage des troubles cognitifs

Nom(s) et Prénom(s) :

GAUTIER Amélie

Nom de la structure ou entreprise

Maison de santé de la Charité sur Loire

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Indre ASALEE

Téléphone : 06 162 183 1725

Adresse(s) mail :

amelie.cade @ yahoo.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - Pharmacie de nuit

Nom(s) et Prénom(s) :

DEPALLE Antoine

Nom de la structure ou entreprise

Centre Social de Fouchambault

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Fouchambault

Téléphone : 061031046335

Adresse(s) mail :

antoine.caf @ free.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input checked="" type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - <u>gérante</u> - <u>MSP Corrèze</u> - <u>Education Thérapeutique</u> - <u>maladies chroniques</u> - <u>suivi patients</u> - <u>sevrage tabagique</u>

Nom(s) et Prénom(s) :

DE VRIES, KLARIEKE  
infirmière

Nom de la structure ou entreprise

Maison de Santé ASALÉE / MSP

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

MSP du pays corrézois

Téléphone : 06 142 164 791 70

Adresse(s) mail :

klarieke.devries @ hotmail.com



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - <u>promoteur du VEV</u> - <u>Rein Vieux</u> - <u>Formation agents</u> - <u>langues étrangères</u> - <u>interculturalité</u> - <u>thèmes de animation</u>

Nom(s) et Prénom(s) :

TOURNAU, ANGÉLIQUE

Nom de la structure ou entreprise

BIT 58

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

NEUVERS

Téléphone : 03 16 51 52 50 01

Adresse(s) mail :

bit58 @ wanadoo.fr



Gb: Angélique Paëz Vieux



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input checked="" type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Je travaille sur le département - participation à la S.T.V. - Info. et dépistage (interviews) - référent pour les S. territoriaux

Nom(s) et Prénom(s) : BOUTILLON Claude

Nom de la structure ou entreprise : Réseaux Départemental

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : 2 bis rue Lamarque 58000  
Maison de la Prévention

Téléphone : 03 26 15 31 71 66

Adresse(s) mail : claude.boutillon @ msa.fsa



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - MARCHAIS ANCIENS et - prêt de matériel - accompagnement des parents - accompagnement de santé

Nom(s) et Prénom(s) : Isabelle FARMANT

Nom de la structure ou entreprise : Association Marchais Verts

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : 39 Bd du Maréchal de Lattre de Tassigny (Bouv.)  
NIÈVRES

Téléphone : 02162163141185

site internet : noeuds-verts.fr  
Adresse(s) mail : noeuds-verts @ orange.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - - - -

Nom(s) et Prénom(s) :

Gueta? Sophie  
Chargée de mission promotion de la santé

Nom de la structure ou entreprise

Fédération des Centres Sociaux de la Nièvre

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

2 bd Jacques Drouot 58000 Nevers

Téléphone : 03 86 60 38 30

Adresse(s) mail :

fcsn.prevention.sante @outlook.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre (calcul psych)
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités * formation sur différents professionnels de santé (diététicien...) * organisation stages infirmiers - infirmiers dans leur pratique (Média psych/diététique) activités préventives

Nom(s) et Prénom(s) :

BULET Anne  
FAVOREAU Sophie

Nom de la structure ou entreprise

RESEDIA (mise en charge cascade et/ou surpoids)

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

14 Rue Georges Duffaut Nevers

Téléphone 03 86 36 39 34

Adresse(s) mail :

Sante @resedia.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - réalisation d'enquête - et de diagnostics - - -

Nom(s) et Prénom(s) :

Mes Beau renan + Beatrice / En. enseignants  
Léa P. Monne / Bac. et BTS  
Maggiini Valérie / STS / SPSS

Nom de la structure ou entreprise

Centre scolaire Notre Dame Naves

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Centre Ville Naves

Téléphone : 03 36 41 81 03

Adresse(s) mail :

cla.val@orange.fr @gmail.com

beatrice.monneant @orange.fr

maggiini.valerie@gmail.com



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input checked="" type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - - - -

Nom(s) et Prénom(s) :

Khalid / Karim

Nom de la structure ou entreprise

ISSOJ

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Naves

Téléphone : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Adresse(s) mail :

.....@.....

.....@.....







## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

*orientation*

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités <i>Je propose un espace de parole aux jeunes avec parents, deux fois</i> <i>orientations vers autres dispositifs et en fonction des besoins évolutifs</i>



Nom(s) et Prénom(s) : *Bonin Edith PELAIS Pauline*

Nom de la structure ou entreprise : *maison des Adolescents*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : *NEVERS - équipe mobile dans toute la Nevers*

Téléphone : *03/86/11/3560*

Adresse(s) mail :  
 e. *bonin* @ *la-palataiane - nevers - fr*  
 p. *pelais* @ *la-palataiane - nevers - fr*




## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - ..... - ..... - ..... - .....

Nom(s) et Prénom(s) : *THOMAS Sandra*

Nom de la structure ou entreprise : *Educ'Action nationale*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : *Café des Jeunes Educatif et de Conseil Ton et ses actions de soutien*

Téléphone : *03/26/11/2255*

Adresse(s) mail : *sandra.thom@ac-dijon.fr*





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel <i>au lycée</i>	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé <i>Centre de planification et de santé</i>	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités → <i>En classe de 5ème</i> <i>depuis des élèves en immersion</i> - <i>participer les 2 établissements</i> → <i>répondre aux demandes</i> - .....

Nom(s) et Prénom(s) :

*PENSON ANNE*

Nom de la structure ou entreprise

*LPA PLAGNY - LEATA LOUÉ S/LAÏCÉ*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

*PLAGNY - COME S/LAÏCÉ*

Téléphone : *07 55 60 18 59*

Adresse(s) mail :

*anne.penson @ educaparc.fr*



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input checked="" type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - <i>éducation thérapeutique</i> - <i>diabète, HTA, surcoût baby</i> - <i>diagnostic troubles cognitifs</i> - .....

Nom(s) et Prénom(s) :

*DUTIEM FLORE*

Nom de la structure ou entreprise

*Maison de Santé GARCHIZY*

*infirmière ASALCC*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

*GARCHIZY*

Téléphone : *07 55 60 18 59*

Adresse(s) mail :

*dutiem.florence @ orange.fr*





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - appui aux <del>Entreprises</del> <del>Observatoire de la jeunesse</del> - Ingénieur de Projets - Réseau de Partenaires (développement)

Nom(s) et Prénom(s) :  
Ilf Dibamé  
Deborah Bernon

Nom de la structure ou entreprise  
Mission Locale Bourgogne Nivernais

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :  
Cosne-Chamery, Le Châtelier

Téléphone : 03 86 28 14 20

Adresse(s) mail :  
cosne.la.bourgogne.nivernais@mlbfc.fr  
@



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input checked="" type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - Je finance des actions/projets - Je régule et - j'autorise des activités/studiants - je décide des plannings de santé

Nom(s) et Prénom(s) :  
PARGAIE Clément  
LECAT Marie-Laure

Nom de la structure ou entreprise  
Agence Régionale de Santé  
BFC

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :  
Délégation Nevers

Téléphone : 03 86 60 52 05  
52 10

Adresse(s) mail :  
clement.pargaie@ars.sant.fr  
marie-laur.lecat@ars.sant.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Spécialiste des questions d'égalité femmes hommes - Spécialiste des violences conjugales - Service d'accès aux droits - face dans les publications - Organisme de formation

Nom(s) et Prénom(s) :

BRUNO, Eve

Nom de la structure ou entreprise

CIDFF Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familiales

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

NEVERS (permanent La Charité-Honne et Clamecy)

Téléphone : 03 45 152 13 14

06 61 06 06 98

Adresse(s) mail :

cidff58 @gmail.com @ch-nevers.fr



Eve BRUNO  
Coordinatrice - Juriste - Formatrice

40 rue Bernard Palissy 58000 NEVERS  
☎ 03 45 52 21 14 ou 03 86 29 13 51 ✉ 06 61 06 06 98

cidff58@gmail.com - www.eievre.cidff.info



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Coordination - Appui aux professionnels - nets - Appui administratif - Secteur : santé mentale

Nom(s) et Prénom(s) :

Clodie Janicaud (coordinatrice du projet Territoriale de Santé Mentale)

Nom de la structure ou entreprise

Poste au CHAN mais mission territoriale

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

CHP des Couvres (NEVERS)

Téléphone : 06 16 15 06 39 5

Adresse(s) mail :

clodie.janicaud @ch-nevers.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Animation vers des parents et familles des jeunes - Centre d'écoute pour les jeunes - Blog "J'AM"

Nom(s) et Prénom(s) :

LAMY Audrey

Nom de la structure ou entreprise :

E.S.C. (École de la Doune à Chaux)

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Bois (21 Saint-Genès) / Château de Chaux /  
Bois

Téléphone : 03 86 15 91 67 / 00

Adresse(s) mail :

audrey.lamy @ e.s.c.-bois.com



Audrey LAMY  
Psychologue  
Ecole de la Doune à Chaux  
15 rue de la Doune à Chaux  
21000 BOIS  
Tél. 03 86 15 91 67 - Fax 03 86 15 91 72 - contact@e.s.c.-bois.com

pas Santé



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - Référence famille... - Direction AUSH et - Accueil jeunes

Nom(s) et Prénom(s) :

LEGLISE Julie

Nom de la structure ou entreprise :

Centre Social Ecole de la Doune et Bois  
(Fours)

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

FOURS

Téléphone : 03 86 15 02 32 / 4

Adresse(s) mail :

cs.fours.animation @ orange.fr  
cs.soc.fours @ wanadoo.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune)	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - ..... - ..... - ..... - .....

Nom(s) et Prénom(s) :

MORÉAU Amélie

Nom de la structure ou entreprise

Mission locale Nivernais Moréau  
Service Logement

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Château - Chissey

Téléphone : 03/86/85/1033

Adresse(s) mail :

amelie.moréau@milab.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - ..... - ..... - ..... - .....

Nom(s) et Prénom(s) :

LAIR Florent

Nom de la structure ou entreprise

THA AGER

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

43 Rue Gambetta Nevers

Téléphone : 06/11/68/18/86

Adresse(s) mail :

prevention58.ta@jeun.com



Florent LAIR  
Chargé de projets prévention 58

Adresse : 13 rue Gambetta, 58000 Nevers  
Téléphone : 06-11-68-18-86  
Mail : prevention58.ta@jeun.com  
Site : www.taobg.fr





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - <i>Arbitrage sociale</i> - <i>Coordination Jeunes Consommateurs</i> - <i>Référence proximité SESA</i>

Nom(s) et Prénom(s) :

*DOMINIQUE FAVRE*

Nom de la structure ou entreprise

*AN.P.A.A. 58*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

*15, rue du Moulin d'Écorce - 58000 NEVERS*

Téléphone : *03 86 61 56 89*

Adresse(s) mail :

*isabelle.dominique@anpaa.asso.fr*



GET 11000

CSAPA  
15, rue du Moulin d'Écorce - 58000 NEVERS  
Tel : 03 86 61 56 89 - Fax : 03 86 57 83 88  
isabelle.dominique@anpaa.asso.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input checked="" type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - <i>intervention auprès des acteurs et des services</i>

Nom(s) et Prénom(s) :

*GEOFFRON Morgane*

Nom de la structure ou entreprise

*Mutuelle Française Bourgogne Franche Comté*

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

*Nevers*

Téléphone : *06 18 87 20 33*

Adresse(s) mail :

*morgane.geoffron@life-mutuel.fr*



POLE PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE

**Morgane GEOFFRON**  
Chargée de projet prévention - Addictions

3 place Carnot  
58000 Nevers  
Tel. 03 86 30 01 10 - 06 86 07 20 33  
morgane.geoffron@life-mutuel.fr

Bourgognefranchecomte.mutuel.fr  
L'activité prévention & promotion de la santé est autorisée 001 0007 2015



bvre - 29/01/2019



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input checked="" type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - consultations individuelles - axes sur la gestion des infections (si plus) - souvent des anguilles du stress des problèmes de sommeil & méditation - animation de groupes adp

Nom(s) et Prénom(s) :

SARAHACHIAS Madja

Nom de la structure ou entreprise

Cabinet de Suprologist

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

58300 La Celle St Maurice (arr. La Charité et Perrenoy)

Téléphone : 06 / 05 / 32 / 33 / 43

Adresse(s) mail :

madja.bardachias@orange.fr

unhmp@coursoi58@orange.fr



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche

2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input checked="" type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input checked="" type="checkbox"/> Autres missions/activités - création d'une - Web T.V - Animation socio- - culturel / Technicien Image et son.

Nom(s) et Prénom(s) :

LORINTO MICKAEL

Nom de la structure ou entreprise

PAC de ouchea / FOLS - Ligue de l'enseignement

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

Naves / DÉPARTEMENT

Téléphone 03 / 86 / 62 / 52 / 62

Adresse(s) mail :

mickael.lorinto@FOLS.ORG

@orange.fr







## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - - - -

Nom(s) et Prénom(s) : LAURENTE Marie-Françoise  
UDAF 58 / Fédération 58

Nom de la structure ou entreprise : UDAF 58 / Fédération 58

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : Rue du Sie Plineux NEVERS

Téléphone : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Adresse(s) mail : mefrancoise@netmail.fr



Tel : 06 87 42 00 07  
47 Bd du Pie Platin - CS 1098  
58027 NEVERS

Tel secrétaire : 03 86 93 59 12  
mlenschetle@hotmail.com



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**  
3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - - - -

Nom(s) et Prénom(s) : CHASSY Jocelyne  
Animateur jeunes

Nom de la structure ou entreprise : Centre Socio-culturel des Amagnos

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral : SAINTE-BERANNE 58

Téléphone : 03 186 158 41 48

Adresse(s) mail : joce@samagnos.com





## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input checked="" type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités * Promotion des jeunes - actions du CS * Promotion des actions jeunes - actions jeunes

Nom(s) et Prénom(s) :

FELDER Alexandre

Nom de la structure ou entreprise

Centre Social et Culturel  
Suzanne COLOMB

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

COSNE 37 / LEURE

Téléphone : 03 86 22 85 43

Adresse(s) mail :

associationjeunes@centresocialcosne.org



## Renforcer l'interconnaissance entre acteurs territoriaux

### « Je suis ... »

#### Restitution

**Déroulement :** Cocher les missions et activités qui correspondent à votre structure ou votre profession (pour les professionnels libéraux). Compléter la dernière case en précisant vos autres missions et activités.

**Durée :**

3 minutes pour remplir la fiche  
2 minutes de présentation par groupe.

<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne des jeunes dans la réalisation d'actions/de projets	<input type="checkbox"/> J'interviens dans le champ de la prévention des addictions	<input type="checkbox"/> Je coordonne les activités des infirmier(ère)s en milieu scolaire
<input type="checkbox"/> J'anime un réseau d'acteurs autour de la santé	<input checked="" type="checkbox"/> J'accompagne les jeunes en collectif et en individuel	<input type="checkbox"/> Je me déplace à la rencontre des jeunes sur l'ensemble du 58
<input type="checkbox"/> Je conçois des outils d'intervention	<input checked="" type="checkbox"/> Je développe des actions prévention et d'éducation pour la santé	<input type="checkbox"/> J'apprends aux jeunes à se détendre
<input type="checkbox"/> J'interviens dans l'insertion professionnelle du jeune	<input checked="" type="checkbox"/> Je facilite les mises en relation entre partenaires	<input type="checkbox"/> Je suis spécialisé(e) dans une ou plusieurs thématiques de santé
<input type="checkbox"/> Je travaille au sein d'une maison de santé	<input type="checkbox"/> J'apporte un appui aux professionnels dans leurs actions	<input type="checkbox"/> Autres missions/activités - - - -

Nom(s) et Prénom(s) :

FERRAT Gaëlle  
Responsable Structure Jeunes

Nom de la structure ou entreprise

Centre Social Les Miroirs

Lieu d'implantation de la structure ou du cabinet libéral :

LEURE

Téléphone : 03 86 22 85 43

Adresse(s) mail :

Structure@centresociallesmiroirs.org  
centresociallesmiroirs@leure.fr

