

INCUBATEUR HANDICAP SANTÉ

Formulaire d'inscription



Initiative Régionale
Handicap Santé

Coordonnées

- Nom / Prénom :
- E-mail :
- Tél :

1. PRÉSENTATION DU PROJET / DE L'IDÉE

- Description succincte du projet / de l'idée et du contexte

- Objectif principal

2. PUBLICS VISÉS

