

## Inscription

### Online

[retina.ch/groupe-de-parole](http://retina.ch/groupe-de-parole)

### Par écrit

Prière d'envoyer le bulletin d'inscription à:

Retina Suisse  
Ausstellungsstrasse 36  
8005 Zürich

### Par téléphone

Retina Suisse, Lausanne  
021 626 86 52

## Retina Suisse

L'association de patients affectés de rétinite pigmentaire (RP), de dégénérescence de la macula, du syndrome de Usher et d'autres maladies du fond de l'œil.

### Service de consultation

Av. de France 15, 1004 Lausanne  
021 626 86 52,  
[info.lausanne@retina.ch](mailto:info.lausanne@retina.ch)

### Geschäfts- und Beratungsstelle

Ausstellungsstr. 36, 8005 Zürich  
044 444 10 77, [info@retina.ch](mailto:info@retina.ch)

### Conseil téléphonique

021 626 86 52

### Chaque don compte !

IBAN CH66 0900 0000 1561 1580 2

[retina.ch](http://retina.ch)



## Retina Suisse

Pour sauver la vue

**Dégénérescence  
maculaire liée à l'âge  
(DMLA) et rétinite  
pigmentaire (RP)**

**Groupe de parole  
Lausanne**

**2024 - 2025**

[retina.ch](http://retina.ch)

## Groupe de parole

Vous êtes atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge, de rétinite pigmentaire ou de toute autre dégénérescence rétinienne et vous souhaitez échanger régulièrement avec d'autres personnes concernées ? Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à notre groupe de parole à Lausanne.

### Modération

Christina Fasser et Rania Python  
Tél. 021 626 86 52,  
info.lausanne@retina.ch

### Lieu

#### Salle de conférence Braille 2

Rendez-vous à la réception du service de basse vision et réadaptation.

Hôpital ophtalmique Jules-Gonin,  
Avenue de France 15,  
1004 Lausanne

## Dates 2024

Une fois par mois  
entre 16h00 et 17h30

14 mai

11 juin

Juillet / août vacances

24 septembre

29 octobre

26 novembre

17 décembre

## Dates 2025

Une fois par mois  
entre 16h00 et 17h30

21 janvier

25 février

25 mars

29 avril

20 mai

17 juin

## Inscription

Groupe de parole Lausanne

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA /  
Localité \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Date de  
naissance \_\_\_\_\_

No. AVS \_\_\_\_\_

Je souhaite devenir membre  
de Retina Suisse (CHF 60.00 /  
année)

Je souhaite m'abonner à la  
Newsletter par E-Mail

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

