

FICHE D'INSCRIPTION DES PARTICIPANTS
Atelier PRENDRE SOIN DE SOI

Lieu : SALLE DES ROMARINS AIGLUN

Date : 30 SEPTEMBRE AU 28 OCTOBRE 2020

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

.....

Code postal :..... **Commune :**.....

Téléphone Fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone Mobile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail :

**Je m'engage, par mon inscription à cet atelier à suivre
toutes les séances prévues par le protocole.**

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par la Mutualité Française Sud pour être informé(e) sur les actions de prévention à venir sans démarche commerciale.

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par la Mutualité Française Sud à des fins d'enquêtes et/ou d'évaluation sans démarche commerciale.

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par la Mutualité Française Sud pour recevoir des informations santé sans démarche commerciale.

Fait le :

Signature :