



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

[sud.mutualite.fr](http://sud.mutualite.fr)

## FICHE D'INSCRIPTION DES PARTICIPANTS ATELIER MEMOIRE

Lieu : .....

Date : .....

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 le service prévention et promotion de la santé de 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 le service prévention et promotion de la santé de 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 :**