

Civilité.....  
Nom.....  
Prénom.....  
Fonction.....  
Type d'organisme.....  
(par exemple : association, centre hospitalier, administration...)  
Nom de l'organisme.....  
Adresse.....  
Code postal ..... ville.....  
Tél ..... Fax.....  
Courriel.....  
Je donne mon accord pour que l'on communique mes coordonnées aux autres participants    oui  non   
Je déjeunerai sur place    oui  non

Merci de bien vouloir retourner ce bulletin d'inscription avant le 6 juin 2008 à l'adresse suivante :  
DRASS du Centre  
service Santé Publique  
25 boulevard Jean Jaurès - 45044 - ORLEANS CEDEX  
Tél : 02 38 77 39 34                      fax : 02 38 54 46 03

Civilité.....  
Nom.....  
Prénom.....  
Fonction.....  
Type d'organisme.....  
(par exemple : association, centre hospitalier, administration...)  
Nom de l'organisme.....  
Adresse.....  
Code postal ..... ville.....  
Tél ..... Fax.....  
Courriel.....  
Je donne mon accord pour que l'on communique mes coordonnées aux autres participants    oui  non   
Je déjeunerai sur place    oui  non

Merci de bien vouloir retourner ce bulletin d'inscription avant le 6 juin 2008 à l'adresse suivante :  
DRASS du Centre  
service Santé Publique  
25 boulevard Jean Jaurès - 45044 - ORLEANS CEDEX  
Tél : 02 38 77 39 34                      fax : 02 38 54 46 03