

BULLETIN D'INSCRIPTION AU CONCOURS PHOTO

Nom :.....Prénom :.....

Adresse :.....

Code Postal :.....Ville :.....

Tél. :..... Fax :.....

Email :.....

VOUS ETES : **PROFESSIONNEL** **AMATTEUR**

NOM DE LA PHOTO	DATE	LIEU DE LA PRISE DE VUE

En m'inscrivant au CONCOURS PHOTO de la Délégation départementale des Hautes-Alpes de l'Association des Paralysés de France, je reconnais avoir pris connaissance du règlement et accepté celui-ci.

À

le

Signature