**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**