

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### VOTRE IDENTITE

Mme  Melle  Mr

NOM : .....Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... email : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse : N° ..... Rue, Allée, Place .....

Complément d'adresse :  
.....

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

### Si moins de 18 ans, coordonnées des parents (ou tuteur ou association)

NOM et Prénom .....

Adresse .....

N° de téléphone portable .....

N° de téléphone fixe .....

### RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Pour accéder au service, vous devez impérativement disposer de la Carte Mobilité Inclusion portant la mention « Invalidité ».

*(Joindre la photocopie recto verso de votre carte)*

Merci de bien vouloir nous indiquer la nature de votre handicap :

handicap nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant

à mobilité réduite sans utilisation de fauteuil roulant

atteint de cécité

malvoyant

autre handicap : .....

**Utilisez-vous ?**

