Bulletin d'inscription - Registre nominatif

Nom :	**Vous demandez l'inscription d'un proche**
Prénom :	**Proche :**
Adresse :	**Nom :** **Prénom :**
Tél fixe :	**Adresse :**
Tél portable :	**N° de tél :**
Adresse mail :	**Médecin :**
Médecin :	**Vous** :
Personne à contacter :	**Votre identité :**
	Votre téléphone :
Palavas-Les-Flots, le Signature :	Palavas-Les-Flots, le Signature :

Bulletin à retourner à l'adresse mentionnée ci-dessous :
C.C.A.S. - 16 bd Maréchal Joffre - BP 106 - 34250 PALAVAS LES FLOTS

Dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (applicable depuis le 25/05/2018), si vous souhaitez ne plus recevoir ces informations par mail, merci de bien vouloir retourner le message suivant :
"Je ne souhaite plus recevoir ces informations" au mail : ccas@palavaslesflots.com