|  |  |
| --- | --- |
| **BULLETIN D’INSCRIPTION** |  |
| ***À renvoyer avant le 04 Septembre 2020 à Sandrine NICOLAS sur*** ***jsn-cadarache@irsn.fr*** |

******

* **Information sur le Participant**

|  |
| --- |
|  |
| [ ] M. [ ] Mme**Nom :** Cliquez ici. **Prénom :** Cliquez ici.**Nom et adresse de l’entreprise :** Cliquez ici.**Fonction :** Cliquez ici. **Email professionnel :** Cliquez ici.**Tél. Professionnel :** Cliquez ici. **Tél. Mobile** *(facultatif)* **:** Cliquez ici.*Partie à compléter uniquement si vous souhaitez participer à la visite du Centre***Adresse personnelle :** Cliquez ici.**Code postal :** Cliquez ici. **Ville :** Cliquez ici.**Pays :** Cliquez ici. **Nationalité :** Cliquez ici.* **Participation aux repas**

***Attention****: En raison d’un important gaspillage de nourriture lors de la première édition, merci de nous signaler toute annulation au plus tôt.* |
| **Mardi 22/09/2020**\* Buffet : [ ]  Oui [ ]  Non \* Dîner JSN : [ ]  Oui [ ]  Non**Mercredi 23/09/2020**\* Buffet : [ ]  Oui [ ]  Non |
| * **Visite du Centre de Cadarache**

Je souhaite m’inscrire à la visite du Centre **(50 places max.)** : [ ] Oui [ ]  Non*(Joindre IMPERATIVEMENT une copie de votre PIECE D’IDENTITE en cours de validité)* |

**Date :** Cliquez ici pour entrer une date.

Cadre réservé à l’administration.
Inscription reçue le :………………..

JSN-CAD N°2020/……………….

****