



FORMULAIRE D'INSCRIPTION THEATRE HANDI-VALIDE

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :
.....
.....

Mail :

Téléphone :

Situation de handicap moteur : Oui Non

Expérience(s) dans le théâtre :
.....
.....
.....

Motivation à participer à ce projet :
.....
.....
.....

*Merci de nous retourner ce formulaire dûment complété par courrier : APF –
Rue des Jonquilles – 40 100 DAX ou par mail : dd.40@apf.asso.fr pour
le **11 octobre 2013 au plus tard***