Nom :

Prénom :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Professionnel de santé  *Préciser :*

Patient, personne stomisée ou proche-aidant

Autre  *préciser :*

Adhérent Provence Stomie Contact : Oui  Non

Droit à l’image : Oui  Non

**Inscription gratuite et obligatoire (Nombre de places limité)**

**Priorité donnée aux patients, personnes stomisées et proches-aidants**

**Bulletin d’inscription**

**Gestes barrière de rigueur - Pass sanitaire obligatoire**

***En renseignant ce formulaire*** *vous acceptez le traitement de vos données en vue de la gestion de votre inscription et de la réception de toute information ou compte-rendu concernant cet évènement.*

***En cochant la case oui au droit à l'image****, vous acceptez d'être filmé et autorisez la diffusion de votre image sur notre site internet et nos supports de communication.*