



**FESTIVAL
HANDI'CLAP**

Monsieur Madame

.....
et/ou

Société :
.....

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

Tél. : Mail :

Liste des participants :

Nom- Prénom	Fonction

Assistera à la manifestation du Lundi 19 Novembre 2018

- Toute la journée
- Le matin : Diffusion des films nominés
- L'après-midi : Table ronde et remise des prix

Date :

Signature :

**Bulletin
d'inscription**

**2ème édition
Festival du Film
Handi'clap**

**Lundi 19
Novembre 2018
9h- 17h**

**Salle Polyvalente
de Montfavet**

**Zone d'Agroparc
Rue Félicien
Florent
84 140 Avignon**

A RENVoyer AVANT LE :
31 Octobre 2018

A L'ADRESSE MAIL :
copil84@ssc-sarl.com