



BULLETIN D'INSCRIPTION

Action : GARE AU THEÂTRE

Parents ou retraités

- Ministère :
- Service :
- Nom et Prénom de l'agent :
- Catégorie* A B C
- Autre :

- S'agit-il d'une nouvelle inscription* : Oui Non

Action en direction des enfants

- Nom et prénom de ou des enfants :
 - 1er enfant :
 - 2ème enfant :
 - 3ème enfant :

* Rayer la ou les mentions inutiles

Prestataire :

date :

Ministère :	Première participation à cette prestation SRIAS	oui	non
Département : 75 77 78 91 92 93 94 95 d'affectation <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie : A B C Non-titulaire Retraité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: de bénéficiaire(s)	1 2 3 4 5 + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ministère :	Première participation à cette prestation SRIAS	oui	non
Département : 75 77 78 91 92 93 94 95 d'affectation <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie : A B C Non-titulaire Retraité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: de bénéficiaire(s)	1 2 3 4 5 + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ministère :	Première participation à cette prestation SRIAS	oui	non
Département : 75 77 78 91 92 93 94 95 d'affectation <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie : A B C Non-titulaire Retraité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: de bénéficiaire(s)	1 2 3 4 5 + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ministère :	Première participation à cette prestation SRIAS	oui	non
Département : 75 77 78 91 92 93 94 95 d'affectation <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie : A B C Non-titulaire Retraité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: de bénéficiaire(s)	1 2 3 4 5 + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ministère :	Première participation à cette prestation SRIAS	oui	non
Département : 75 77 78 91 92 93 94 95 d'affectation <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catégorie : A B C Non-titulaire Retraité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre: de bénéficiaire(s)	1 2 3 4 5 + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

