



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Scrivi per favore in stampatello

Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_

Congregazione \_\_\_\_\_ Provincia/Regione \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

In caso d'urgenza, per piacere contattare \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Assicurazione sanitaria e numero dell'Assicurazione sanitaria \_\_\_\_\_

Lingua/e parlata/e \_\_\_\_\_ Compresa/e \_\_\_\_\_

Nome / Data del programma a cui desideri partecipare:

---

1. Cosa ti attendi partecipando a questo programma?

2. Hai dei bisogni particolari in ciò che riguarda la tua dieta alimentare o la tua salute ? Indica quali.

Per favore compila questo formulario ed invialo al Centro Internazionale.

Centro Internazionale St Joseph ,  
3 chemin du Côteau,  
43000 Aiguilhe, FRANCE

TEl: 04.71.05.69.52 Fax: 04.71.09.06.24

[centre.international@wanadoo.fr](mailto:centre.international@wanadoo.fr)

[www.centreinternationalssj.org](http://www.centreinternationalssj.org)