

Inscriptions

En route vers le numérique !

PARTICIPANT 1

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

PARTICIPANT 2

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

Inscriptions

En route vers le numérique !

PARTICIPANT 3

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

PARTICIPANT 4

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

Inscriptions

En route vers le numérique !

PARTICIPANT 5

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

PARTICIPANT 6

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

Inscriptions

En route vers le numérique !

PARTICIPANT 7

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

PARTICIPANT 8

Nom :		Adresse :
Prénom :		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Code postal :
Année de naissance :		
Mutuelle santé :		Ville :
Téléphone :		
Adresse mail :		
Niveau informatique	Internet au domicile	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Confirmé		
Attentes et questions spécifiques :		

Inscriptions

En route vers le numérique !

PARTICIPANT 9

Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Année de naissance : Mutuelle santé : Téléphone : Adresse mail :		Adresse : Code postal : Ville :
Niveau informatique <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé	Internet au domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
Attentes et questions spécifiques :		

PARTICIPANT 10

Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Année de naissance : Mutuelle santé : Téléphone : Adresse mail :		Adresse : Code postal : Ville :
Niveau informatique <input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Confirmé	Internet au domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipement(s) numérique(s) (<i>ordinateur, tablette, smartphone, ...</i>) :
Attentes et questions spécifiques :		