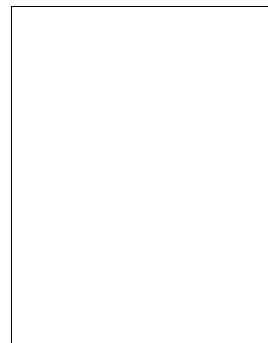




Fiche de renseignements



Établissement :

(établissement pénitentiaire où vous souhaitez intervenir)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél mobile :

Tél. domicile :

Email :

Né(e) le :

Profession :

Actuelle ☐

ou dernière exercée si retraité(e) ☐

Expérience professionnelle :

Connaissances informatiques :

Comment avez-vous connu le CLIP ?

Cochez si

Liens

☐ vous souhaitez adhérer (l'adhésion est recommandée, mais facultative)

[Bulletin d'adhésion](#)

☒ vous souhaitez intervenir bénévolement auprès des PPSMJ*

[Engagement au bénévolat](#)

☐ vous autorisez / ☐ vous n'autorisez pas l'utilisation de votre image

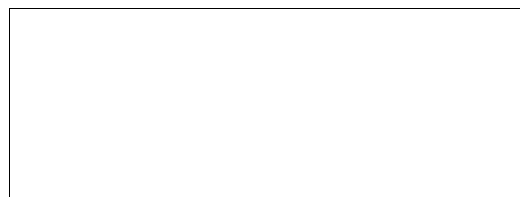
[Document droit à l'image](#)

Dans tous les cas, cochez

☐ Je déclare avoir été informé des dispositions de la [loi du 6 janvier 1978](#) qui régit le droit de communication dans le fichier des membres de l'association des données personnelles me concernant.

Date

Signature (collez l'image de votre signature)



* Personnes Placées sous Main de Justice



12 rue Charles Fourier - 75013 Paris – Tel. 01 45 65 45 31

Internet : assoclip.fr / clip@assoclip.fr

Association loi 1901 reconnue d'intérêt général – Siret n° 345 228 365 00044