



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

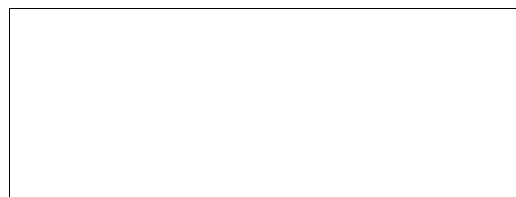
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vous souhaitez adhérer (<i>l'adhésion est recommandée, mais facultative</i>) | Bulletin d'adhésion |
| <input type="checkbox"/> vous souhaitez intervenir bénévolement auprès des PPSMJ* | Engagement au bénévolat |
| <input type="radio"/> vous autorisez / <input type="radio"/> 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 réglemente 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