

FORMULAIRE D'ACCREDITATION PRESSE

NOM.....

(En lettres capitales)

Date de Naissance..... M F

Lieu de Naissance.....Nationalité.....

Nom du Media affilié

Adresse professionnelle.....

Tel N° : Fax N°:

E-mail.....

TYPE DE MEDIA			
<i>(Cocher la case correspondante)</i>			
<input type="checkbox"/> Agence de presse	<input type="checkbox"/> Presse écrite	<input type="checkbox"/> Télévision	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Magazine	<input type="checkbox"/> Agence Vidéo	<input type="checkbox"/> Agence Photo	<input type="checkbox"/> Autre
FONCTION			
<input type="checkbox"/> Reporter (TV ou Radio)	<input type="checkbox"/> Réalisateur	<input type="checkbox"/> Commentateur	
<input type="checkbox"/> Cameraman	<input type="checkbox"/> Photographe	<input type="checkbox"/> Personnel technique	
<input type="checkbox"/> Assistant	<input type="checkbox"/> Presse officielle	<input type="checkbox"/> Autre	

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont vraies et correctes

.....

Soussigné, Nom et signature du directeur du media

Date.....