



Formulaire d'inscription / Registration form

Merci de retourner ce formulaire complété avant le 30 janvier 2015 /

Please return this form before 30th January, 2015 :

E-mail : **info@crmc3.org**

Fax : **+225 22442576**

M. / Mr Mme / Mrs Mlle / Ms

Nom/Surname

Prénoms/First name

Passeport N°

/Passport Nr

Nationalité /Nationality

Autorité

/Authority

Date de délivrance /

Date of issue

Date d'expiration

/Date of expiry

Fonction/Position

Organisme/Institution

Adresse géographique

/Geographical address

BP / Postal code

Ville/City

Etat /State

Pays / Country

Tél./Phone

Fax

E-mail

Plan de vol (aller-retour) / Flight details (return)

Ville de départ City of departure	Ville d'arrivée City of arrival	Date Date	Heure Time	Vol Flight
	Abidjan			
Abidjan				

Séjour / Stay

Ville City	Hôtel Hotel	N° réservation Reservation n°	Date d'arrivée Check in	Date de départ Check out
Abidjan				
Yamoussoukro				
Abidjan				

Informations santé / Health information

Prière signaler tout état de santé nécessitant des dispositions particulières de prise en charge.

Please inform us about any health state requiring specific arrangements of coverage and/or care.