



## Inscripción

Favor de escribir a máquina o en letra de molde

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo \_\_\_\_\_

Estado/Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Congregación \_\_\_\_\_ Provincia/Región \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

En caso de urgencia contactar, por favor, a: \_\_\_\_\_

Números de teléfono; \_\_\_\_\_

Nombre y número del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre y Fecha del programa para el que quiere inscribirse: \_\_\_\_\_

Por favor ayúdanos proporcionándonos la siguiente información:

1 ¿Qué esperas obtener al participar en este programa?

2. ¿Tienes alguna dieta o necesidades para tu salud?

Por favor completa este formulario y envíalo al Centro Internacional.

*Centre International St. Joseph*  
3 chemin du Côteau  
43000 Aiguilhe, FRANCE  
Tel. 33(0)4.71.05.69.52 Fax. 33(0)4.71.09.06.24

[Centre.International@wanadoo.fr](mailto:Centre.International@wanadoo.fr)

[www.centreinternationalssj.org](http://www.centreinternationalssj.org)