



ANTIBES JUANLES-PINS

# CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

2, avenue de la Libération - BP 83 - 06602 ANTIBES CEDEX

## DEMANDE DE PARTICIPATION

(un seul bulletin par participant, ce document peut être photocopié si nécessaire)

**Intitulé formation :** « \_\_\_\_\_ »

**Date :** \_\_\_\_\_ **Horaires :** \_\_\_\_\_

**Salle Soleau**  
**52, avenue Robert Soleau à Antibes**

ORGANISME.....

NOM.....

PRENOM.....

QUALITE .....



.....



.....

Email .....

Merci de transmettre votre demande au coordinateur du Réseau Santé Précarité.

📧 **Par courrier :** Centre Communal d'Action Sociale – 2, Avenue de la Libération 06600 ANTIBES

📧 **Par fax :** 04 92 91 38 20

📧 **Par mail :** [rsp@ccas-antibes.fr](mailto:rsp@ccas-antibes.fr)