



Oui, je souhaite rejoindre l'équipe d'animation

Mme M. NOM : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : E-mail :

Vos disponibilités :

Disponibilité hebdomadaire	Période	Détail
<input type="checkbox"/> ½ journée	<input type="checkbox"/> La semaine	<input type="checkbox"/> en journée le matin
<input type="checkbox"/> 1 journée	<input type="checkbox"/> le week end	<input type="checkbox"/> en journée l'après-midi
<input type="checkbox"/> entre 1 et 2 jours		
<input type="checkbox"/> plus de 2 jours		

Date :/...../.....

Signature :

Ce formulaire est à imprimer et à renvoyer à

Hôpital de Houdan – Service Animation – 42 rue de Paris – 78550 HOUDAN