

ETABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Région :

Faites-vous partie d'un groupe? ☐ OUI ☐ NON – Si oui :

REFERENT DU PROJET « Octobre Rose »

Nom, Prénom :

Fonction :

Téléphone fixe et portable : |_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

Email : @

Bravo, depuis les 5 années d'existence du Fil Rose de la FHP-MCO, vous êtes de plus en plus nombreux à participer à la campagne « Octobre Rose ».

Quelles actions originales avez-vous prévues cette année pour « Octobre Rose » ?

Merci de nous les décrire.

À quelle(s) date(s) avez-vous prévu vos événements ? _____

À quelle date recevrons-nous votre photo ? _____

Relayez-vous vos actions sur les réseaux sociaux (si oui lesquels)? _____