Imprimer le formulaire

Demande d'accréditation Presse

Coupe des régions 9&10 Septembre 2017

MEDIA

Titre:

Rédacteur en chef/ chef de rubrique:

Adresse :

Tel:

Mail:

Presse écrite ☐ Radio ☐ TV ☐

PERSONNE A ACCREDITER

Nom: Prénom:

Fonction: N° Carte de Presse:

Tel:

Email:

Fait à le

Signature du Rédacteur en Chef
Cachet du Média

Signature de la personne à accréditer

Infos: l'accès piste ne sera délivré qu'aux photographes et cameramen ayant retourné la décharge de responsabilité + la demande d'accréditation signée du rédacteur en chef du média représenté+ la photocopie de la carte de presse ou une copie de l'assurance responsabilité civile pour ceux qui n'ont pas de carte de Presse. A RETOURNER A L'ADRESSE SIVANTE :

Moto Club Dardon Gueugnon **Tel: 06 77 45 04 86**
Secrétariat La Pennasse 71130 Gueugnon **sauvignon.ludovic@bbox.fr**

ialiser le form

Envoyer par messagerie