

## Bulletin d'inscription

↔ A retourner  
par courrier ou fax au 03 44 38 29 01



SYNDICAT MIXTE  
DE LA VALLÉE DE L'OISE

SMVO - Service communication  
BP 30316 - 60203 Compiègne

### ORGANISATEUR

Nom et fonction :

Adresse :

Tel Direct :

### VISITE CENTRE DE TRAITEMENT PRINCIPAL

Nombre de personnes : .....

Date de la visite : .....

Noms des visiteurs :

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. ....  | 14. .... |
| 2. ....  | 15. .... |
| 3. ....  | 16. .... |
| 4. ....  | 17. .... |
| 5. ....  | 18. .... |
| 6. ....  | 19. .... |
| 7. ....  | 20. .... |
| 8. ....  | 21. .... |
| 9. ....  | 22. .... |
| 10. .... | 23. .... |
| 11. .... | 24. .... |
| 12. .... | 25. .... |
| 13. .... | 26. .... |

**Noms des accompagnateurs et qualités :**

1.....

2.....

Cachet de la structure organisatrice

Date et signature