

**BON POUR RETRAIT DU MASQUE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL ¶**

**opération "1-Charentais - 1-Masque" ¶**

**Adresse ¶**

Nom de rue..... ¶

Numéro dans la rue..... ¶

16100-Châteaubernard ¶

¶

**Nom et prénom des personnes concernées (1-masque par personne) ¶**

M.....  adulte  enfant ¶

M.....  adulte  enfant ¶

M.....  adulte  enfant ¶

M.....  adulte  enfant ¶

M.....  adulte  enfant ¶

M.....  adulte  enfant ¶

¶

**Coordonnées ¶**

Tel..... ¶

Courriel.....@..... ¶

(à cocher pour autorisation) ¶

***Autorise l'utilisation de mes coordonnées téléphoniques et électroniques à des fins d'information et de communication municipale (informations municipales, informations culturelles de Châteaubernard, alertes diverses, travaux etc.) ¶***