



# DEMANDE D'ACCREDITATION

5 au 9 mai  
2010

56<sup>ème</sup> édition

Ce document, accompagné des PHOTOCOPIES de votre CARTE DE PRESSE et de l'ATTESTATION d'ASSURANCE, est à adresser au plus tard le 30 avril 2010 à :

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>SEXE : (M) (F)</b>
Service de Presse des « 4 JOURS DE DUNKERQUE » 3 Bis Rue du Docteur Louis Lemaire 59140 DUNKERQUE tél. : 03 28 63 76 99		ou FAX : 03 28 63 84 08 ou E MAIL : 4journsdk@orange.fr
<b>Date de naissance :</b>		<b>Lieu de naissance :</b>
<b>Nationalité :</b>		<b>CARTE PROFESSIONNELLE N°:</b>
<b>ADRESSE :</b>		
<b>Code postal :</b>	<b>Ville :</b>	<b>tél. :</b>
<b>GROUPE SANGUIN :</b>		<b>RHESUS : (négatif) (positif)</b>

## QUALITE

JOURNALISTE	PHOTOGRAPHE	CAMERAMAN	TECHNICIEN	PILOTE
-------------	-------------	-----------	------------	--------

## ORGANE DE PRESSE

JOURNAL	AGENCE DE PRESSE	TELEVISION	RADIO
---------	------------------	------------	-------

<b>RAISON SOCIALE :</b>		
<b>ADRESSE :</b>		
<b>Code postal :</b>	<b>Ville :</b>	<b>Tél. :</b>

## MOYENS DE TRANSMISSION

TELEPHONE sera à votre disposition dans les Salles de Presse

CACHET DE L'ORGANE DE  
PRESSE

DATE ET SIGNATURE

## VEHICULE

MARQUE	TYPE	CV	N° IMMATRICULATION

## PROPRIETAIRE

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

## COMPAGNIE D'ASSURANCE

RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

## GARANTIES

TOUS RISQUES	TIERCE COLLISION	ILLIMITEE AU TIERS	USAGE AFFAIRE
--------------	------------------	--------------------	---------------

## CONDUCTEUR

NOM :

Prénom :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

N° de PERMIS de CONDUIRE :

DATE et LIEU de DELIVRANCE :

## ATTESTATION

Le conducteur soussigné, certifie que le véhicule ci-dessus désigné est assuré pour la période du 05 au 9 mai 2010 et décharge l'Organisation de toute responsabilité à ce sujet.

SIGNATURE