

DEMANDE D'ACCRÉDITATION PROFESSIONNELLE Professional Accreditation Form

À nous retourner **avant le 20 juin 2014** par courriel : cokom@corinnesorin.com
To be returned **before June 20th 2014**, by Email : cokom@corinnesorin.com

(Toute demande parvenue après cette date sera traitée selon nos disponibilités / Any demand received after this deadline will be treated according to our availability)

(En lettres majuscules SVP / In capital letters please)

Nom / Name : _____ Prénom / First name : _____

Media - Organisme / Media - Company : _____

Secteur / Sector : _____

Presse quotidienne / Daily press Presse régionale / Local daily press Presse spec / Spec. press

Radio / Radio Internet / Internet TV / TV

Agence de presse / News agency Autres (précisez) / Others (precise) :

Fonction / Position : _____

Journaliste / Journalist Photographe / Press photographer Cameraman / Cameraman

Technicien / Technician Autres (précisez) / Others (precise) :

Adresse / Address : _____

Tel. : _____ Mob. : _____

Email : _____ @ _____

Couverture de l'événement / Cover of the event :

Vendredi / Friday Samedi / Saturday Dimanche / Sunday

Date, signature et cachet du media / Date, signature and seal of the media