



Formulaire 2

Intention de Participation

Nom de l'OSN :

Nombre de Participants (Veuillez fournir les détails ci-dessous) :

DÉTAILS DES PARTICIPANTS

	Nom	Genre M/F	Date de Naissance DD/MM/YYYY	Nationalité	N° de Passeport Valide	Fonction/ Position dans l'Association
D E L È G U È S	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	6.					
O B S E R V A T E U R S	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	6.					

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, signé et scellé à l'OSN hôte à drmosesmpuuga@gmail.com en mettant le Bureau Régional Afrique en copie à africa@scout.org au plus tard le **30 juin 2015**.

.....
Nom de l'Officiel de l'OSN

.....
Signature et tampon de l'OSN

.....
Date