



Formulaire d'inscription à retourner à –  
Registration form to return to  
Gaillard Joël INSHS: **22 Rue de la Gare**  
**57420 Coin-sur-Seille**  
**France**

Email: **inshs.nancy@gmail.com**

Mr  Mrs  Dr  Pr

(Merci d'écrire en LETTRES CAPITALES–Please use BLOCK CAPITALS when filling in this form)

Nom / Family Name

Prénom / First name

Adresse / Address

Code Postal / Zip Code

Ville /City

Pays / Country

University

Tel/Fax

Personal Status :

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je souhaite être tenu(e) informé(e) par email de l'actualité d'INSHS/ I would like to be sent INSHS news by email

Oui / Yes

Non / No

Je souhaite tenir informé(e) par email de mon actualité et de mes activités le réseau INSHS : I would like to inform INSHS network of my news and activities.

Oui / Yes

Non / No

I acknowledge having read the INSHS Agreement and accepts all the terms and conditions

**No Registration fee !**