

FICHE D'OPTION

à nous faxer au 09 70 60 17 55

CONTACT ÉTABLISSEMENT

Nom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Fax : _____
 Personne à contacter : _____
 E-Mail : _____

CONTACT FACTURATION TUTEUR

Nom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Fax : _____
 Personne à contacter : _____
 E-Mail : _____

NOM - PRÉNOM VACANCIER	Sexe H/F	AUTONOMIE A+ A B B- C	FAUTEUIL		SÉ JOUR	RÉFÉRENCE	DATES		LE VACANCIER PEUT-IL MONTER À L'ÉTAGE ?	
			OUI	NON			ALLER	RETOUR	OUI	NON

Date : _____ Nom du responsable de l'inscription, qualité : _____ Signature : _____
 Joignable au : _____
 E-Mail : _____

