

INFORMATIONS LOCATAIRE

ASSOCIATION : -----

Représenté par (*signataire du contrat*) -----

NOM : ----- Prénom : -----

Adresse : -----

Code Postal : ----- Ville : -----

Téléphone : ___/ ___/ ___/ ___/ ___

Mail -----

Nombre de jour(s) : ----- Nombre de nuit(s) : -----

Nombre de salle(s) : 1 2 3 Cuisine professionnelle : OUI / NON

HEBERGEMENT :

Nombre de personnes *mineure(s)* :

Nombre de personne(s) *majeure(s)* :

Le nombre de personnes serait-il le même sur toutes les nuits ? oui non

Si non veuillez en indiquer le nombre :

Nuit 1 : Min : ___ / Maj : ___

Nuit 2 : Min : ___ / Maj : ___

Arrivée le ___ / ___ / 20___ à ___ h

Départ le ___ / ___ / 20___ à ___ h

OBSERVATIONS :