

IDENTIFICATION DU LOCATAIRE

ASSOCIATION :

Représentée par (signataire du contrat) :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

IDENTIFICATION DES BESOINS (tarifs au week end)

Arrivée le / / 20__ à h

Départ le / / 20__ à h

Nombre de salles de cours : 1 2 3 la salle de 50 m²

Cuisine professionnelle : OUI NON

72 chaises / 18 tables (120 cm x 80cm)

Hébergement (internat) : OUI NON , Si oui indiquer le nb de nuits :
/ nuit / personne + 0.50 € / nuit / pers. Maj (taxe de séjour)

Nuit 1 : Nombre de personnes mineures : Nombre de personnes majeures :

Nuit 2 : Nombre de personnes mineures : Nombre de personnes majeures :