

TOURISME ET LOISIRS 53

Z.I. Nord - Rue des Pierres
53960 BONCHAMP LES LAVAL
Tél : 02 43 53 77 99 - Fax : 02 43 53 77 70
tourismeetloisirs53@orange.fr

<http://www.tourismeetloisirs53.com>

Agrément n° AG 053 96 0002 - DRDJSCS/APV/2018-05 - n° IM053110003



Fiche de confirmation d'inscription aux séjours

Adresse de l'organisme d'inscription :

Code Postal : Ville :
Téléphone : Fax :

Option prise par téléphone doit être confirmée par cette fiche dans les quinze jours suivant l'appel.

Nom et Prénom	Sexe	En Couple	Autonomie	N° du Séjour	Lieu de séjour et Activité	Dates des séjours	Villes de prise en charge souhaitées et tél de permanence		Fauteuil même pour la balade	Adresse de facturation et téléphone <i>Nom et Prénom du tuteur</i> (si différente de l'adresse ci-dessus)
							Départ	Retour		
	F/M	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A1- <input type="checkbox"/> A2- <input type="checkbox"/> B1- <input type="checkbox"/> B2- <input type="checkbox"/> C1- <input type="checkbox"/> C2- <input type="checkbox"/>						Réponse Obligatoire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. : Fax :
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A1- <input type="checkbox"/> A2- <input type="checkbox"/> B1- <input type="checkbox"/> B2- <input type="checkbox"/> C1- <input type="checkbox"/> C2- <input type="checkbox"/>						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. : Fax :
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A1- <input type="checkbox"/> A2- <input type="checkbox"/> B1- <input type="checkbox"/> B2- <input type="checkbox"/> C1- <input type="checkbox"/> C2- <input type="checkbox"/>						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. : Fax :
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A1- <input type="checkbox"/> A2- <input type="checkbox"/> B1- <input type="checkbox"/> B2- <input type="checkbox"/> C1- <input type="checkbox"/> C2- <input type="checkbox"/>						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. : Fax :
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A1- <input type="checkbox"/> A2- <input type="checkbox"/> B1- <input type="checkbox"/> B2- <input type="checkbox"/> C1- <input type="checkbox"/> C2- <input type="checkbox"/>						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tél. : Fax :

VOUS AVEZ PRIS CONNAISSANCE DES SEJOURS PAR :
 LA PLAQUETTE - LE BOUCHE A OREILLE - NOTRE SITE INTERNET
 AUTRES :

Date d'envoi :
 Nom du responsable de l'inscription à contacter en cas de problème de place :
 Joignable les jours suivants : de à Heures

Signature :