

COUPON-RÉPONSE

ACTIVITÉ CHOISIE : _____

Date de l'Activité : _____

NIA : _____

NOM / Prénom OD : _____

Adresse : _____

SLVie : _____ E-mail : _____

Tél. portable : _____ Tél. travail / domicile : _____

NOM Prénom de tous les participants :

Participation Financière :

1 OD _____ €

2 AD _____ €

3 AD _____ €

4 AD _____ €

5 AD _____ €

6 AD _____ €

sous Total _____ €

Âge

Invité _____ €

Invité _____ €

Total _____ €

Je m'engage à participer à cette activité même si mes invités ne sont pas retenus Oui Non

Si transport collectif, au départ de _____

Si besoin de covoiturage cochez cette case

Combien de participants sont en situation de handicap _____

Commentaires

Inscrivez dans cette zone toutes informations utiles et situations particulières (ex : situation de handicap, allergies alimentaires...)

Je cède mon droit à l'image ainsi que celui des personnes ci-dessus et autorise l'utilisation des photographies dans les publications de la CMCAS (Web et Magazine)

J'accepte les conditions de la CMCAS. Conditions d'annulation à votre disposition auprès de vos correspondants SLVie ou Technicien(ne)s Accueil/Conseils dans vos lieux de proximité.

Signature