



INFORMATIONS SALARIÉ

Nom : Prénom :
Matricule : Téléphone :
Mail :

SALARIÉ ET AYANTS DROIT

| Nom | Prénom | Date de naissance | Choix du voyage |
|-----|--------|-------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PERSONNES EXTERIEURES

| Nom | Prénom | Date de naissance | Choix du voyage |
|-----|--------|-------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Chambre double Chambre twin Supplément chambre individuelle
Intolérances ou régimes alimentaires : Non Oui Si oui :
 Appareil respiratoire

RESPONSABLE

Secrétariat du CSE
03 85 90 36 07 - contact@cseframatomechalon.fr