



### INFORMATIONS RÉCRÉACTIF

Nom : .....

Prénom : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

### RÉCRÉACTIF ET AYANT 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@cseframatomemhalon.fr](mailto:contact@cseframatomemhalon.fr)