

BON DE RÉSERVATION ENFANTS / JEUNES

CHOIX	DATE
1 ^{er} choix	
2 ^e choix	

OUVRANT DROIT: MATRICULE (*obligatoire*)

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / /

AYANT DROIT - ENFANTS

NOM PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE / /

ADRESSE COMPLÈTE DU DOMICILE

.....

.....

DIRECTION/SERVICE

OU RETRAITÉ-E DEPUIS LE / /

TÉL. DOMICILE / / / /

TÉL. SERVICE / / / /

TÉL. PORTABLE / / / /

ADRESSE MAIL

Je déclare vouloir réserver cette prestation organisée par le CDOS et avoir pris connaissance et accepter le prix et les conditions générales fixés par le CDOS. Merci de joindre une copie du dernier avis d'imposition du foyer fiscal. Toutes les réponses seront exclusivement adressées par mail ou par courrier.

FAIT À BOBIGNY, LE / / SIGNATURE

Attention!

Merci de joindre un chèque d'acompte de 30% à toute demande de réservation.

Attention!

Toute annulation engendra la facturation de frais d'un montant de 45€ minimum, auxquels s'ajoutent les frais supplémentaires éventuellement facturés par le prestataire.

