



LE LAZARET

223 Rue du Pasteur Lucien Benoît - 34200 SETE
Tel. : **04.67.53.22.47** fax : 04.67.53.36.13
E-mail : le-lazaret@capfrance.com
Site : www.lazaret-sete.com

DATES DEMANDEES

Arrivée le ___/___/___ à ___ h

Départ le ___/___/___ à ___ h

BULLETIN DE RESERVATION GROUPE

Nom du Groupe (raison sociale) : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Port. : _____

E-mail@.....

Responsable du séjour : Nom : Prénom :

Responsable accompagnant le groupe lors du séjour :

Nom : Prénom :

EFFECTIF

Effectif total du groupe [] dont accompagnateurs [] dont chauffeurs [] dont personnes en fauteuil []

Adultes à partir de 16 ans [] les 8 à 15 ans [] les 2 à 7 ans [] les - 2 ans []

PLAN DE LOGEMENT

TARIFS ♥♥♥

Chambre avec sanitaires privés ou semi-privatifs

Nombre de chambres individuelles : [] dont

Nbre de pers. à mobilité réduite nécessitant un RDC [] Nbre de pers. à mobilité réduite pouvant accéder au 1^{er} étage []

Nombre de chambres à 2 lits : [] dont

Nbre de pers. à mobilité réduite nécessitant un RDC [] Nbre de pers. à mobilité réduite pouvant accéder au 1^{er} étage []

Nombre de chambres à 3 lits : [] Nombre de chambres à 4 lits : []

TARIFS ♥

Chambre avec sanitaires à l'étage

RESTAURATION

Désirez-vous : des pauses matin après-midi :

Souhaitez-vous la Pension Complète ou la demi-pension si ½ pension midi ou soir

Avez-vous des demandes particulières : spécificités alimentaires, menu festif ou autre, précisez : _____

EQUIPEMENTS

SALLES DE TRAVAIL : Désirez-vous : une salle réunissant l'ensemble du groupe et des salles en sous-groupes, combien

MATERIEL : Désirez-vous : Vidéo projecteur et écran Lecteur DVD/DVIX et TV Petite sono Sono conférence

Sono complète Préciser les jours d'utilisation

ANIMATION

Avez-vous votre propre programme d'animation ? Oui Non Sinon quels seraient vos choix : _____

TRANSPORT : (nous contacter pour les prix) Désirez-vous louer un car sur place ? Oui Non

AUTRES

Avez-vous déjà séjourné au Lazaret ? Oui Non Si oui, en quelle année ____ Si non, comment avez-vous connu le Lazaret ?

CAP France Réseau Protestant Site Internet Office du tourisme Autre :

Souhaitez-vous souscrire à l'assurance annulation / interruption de séjour : Oui Non

- Toute modification et demande complémentaire devront être précisées par écrit.
- **La facturation tiendra compte des effectifs indiqués 30 jours avant la date de séjour.**

Ci-joint la somme de _____

- par : Chèque
- Virement
- Carte bleue

Je déclare adhérer à l'Association du Centre Familial du Lazaret et m'engage à respecter les conditions d'inscription et de séjour

Date, cachet et signature
du responsable habilité :

NB : Votre inscription devient définitive seulement après confirmation écrite du Lazaret