



BULLETIN DE RESERVATION POUR LES CLASSES & GROUPES SCOLAIRES

LE LAZARET

223 Rue du Pasteur Lucien Benoit - 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 _____

Nom de l'école _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Tél. : _____ Port. : _____ Fax : _____

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
Lycéens Collégiens Élémentaires Maternelles

Niveau des classes et nombre par classe : _____

PLAN DE LOGEMENT

Pour les adultes accompagnateurs et enseignants : Nbre de chambres à 1 lit Nbre de chambres à 2 lits

Pour les enfants et adolescents : Nombre de garçons Nombre de filles

RESTAURATION

Pension Complète : Oui Non Demi-Pension : Oui Non du : midi Soir

Avez-vous des demandes particulières : régimes alimentaires, gâteau anniversaire; préciser _____

(Seules adaptations possibles, sans porc et sans sel).

Souhaitez-vous des pique-niques si oui nous indiquer les jours : _____

EQUIPEMENTS

SALLES DE TRAVAIL : Désirez-vous : une salle réunissant l'ensemble du groupe ou des salles de classe

MATERIEL : Désirez-vous : Lecteur DVD (20€/jour) Sono (50€/jour) Préciser les jours d'utilisation _____

ANIMATION

Avez-vous votre propre programme d'animation ? Oui Non si non quelles sont vos options : _____

Souhaitez-vous un séjour clés en mains Oui Non _____

TRANSPORT : Souhaitez-vous des tickets de bus de ville ? Oui Désirez-vous un transport de bagages ? Oui

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 Autre précisé _____

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 bancaire
ou postal
 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 après
confirmation écrite du
Lazaret