



**Domaine LE LAZARET**

223 Rue du Pasteur Lucien Benoît - 34200 SETE

Tel. : **04.67.53.22.47** fax : 04.67.53.36.13

E-mail : groupe@lazaret-sete.com

Site : www.lazaret-sete.com

**DATES DEMANDEES**

Arrivée le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h

Départ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_ h

**BULLETIN DE RESERVATION SEMINAIRE**

Association ou Organisme (raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Responsable du séjour :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable accompagnant le groupe lors du séjour :

**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 8 ans  les - 2 ans

**PLAN DE LOGEMENT**

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> étage

Nombre de chambres à 3 lits :

**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  Rétro projecteur et écran

Cube + micro  Sono conférence  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 ? Ternélia  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 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 seulement après confirmation écrite du Lazaret