



## BULLETIN DE RESERVATION SEMINAIRE « Journée d'Etude »

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

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 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### EFFECTIF

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

### RESTAURATION

Désirez-vous : des pauses matin  après-midi  : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous le repas de midi  ou le repas du soir

Avez-vous des demandes particulières : spécificités alimentaires, menu festif, apéritif Sétois, 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

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 ?

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