

IDENTITE :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

portable : ____/____/____/____/____

Email : _____

Adresse postale : _____

VOTRE VOYAGE :

Destination : les issambres

Date du voyage : 26 octobre au 02 Novembre 2024

Nombre de participants : _____

Nom & prénom des participants :

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

TARIF

___ adulte(s) x 690 € = _____ €

___ enfant(s) (11-13 ans) x 650 € = _____ €

___ enfant(s) (6-10 ans) x 610 € = _____ €

___ enfant(s) (2-5 ans) x 490 € = _____ €

___ supplement chambre individuelle x 190 € = _____ €

Supplément assurance : 40 € X ___ personnes = _____ €

Je ne prends pas l' assurance annulation

Montant total de la prestation = _____ €

Mode de paiement :

Espèces

Chèques

Carte bleue sécurisé par téléphone au 03.21.09.01.52

ANCV

Signature :