

## **VOYAGE COOPÉRATEURS**

## Votre bulletin d'inscription

## POUR LE VOYAGE "L'Alsace aux pays des étoiles"

du 11 au 15 décembre 2025

**DEMANDE D'INSCRIPTION** à retourner accompagnée d'un acompte avant le 11 juillet 2025 :

NOM	PRÉNOM		DATE DE N	NAISSANCE	N° coopérateur :	
Cochez cette case si vous avez	des allergies alimentaires	☐ Pré	cisez :			
Cochez cette case si vous avez d	es allergies alimentaires	☐ Pré	cisez :			
ADRESSE :						
Tél./Portable :	Ma	il :				
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Nom + Téléphor	ne):					
HÉBERGEMENT:						
Chambre double	Twin (2	2 lits)		☐ Chaml	bre individuelle (+ 14	0€/pers)
<b>RÈGLEMENT ACOMPTE :</b> 1 <sup>er</sup> acom	pte de 450€/pers <mark>au 11 juill</mark>	et 2025 e	et 2 <sup>ème</sup> acom	npte de 450 €/pe	ers au 15 septembre 2	025
par chèque de 450 € par p	ersonne : x	€ =		€ chèque	à l'ordre de <b>VISAGES</b> I	DU MONDE
Adresse d'envoi de votre chèque	: Mme Claudine Muller - 37	7 rue Car	dinal 1735	0 CRAZANNES		
☐ (acompte de 450€/pers) pa	ar virement bancaire avec li	bellé : R	ÈGLEMENT	ACOMPTE de N	Л. et/ou Mme ALSA	CE COOP
	ENTE-MARITIME DEUX-SÈ\ SAINTES CEDEX - Télex CREAGRI 790		С		ITITÉ BANCAIRE os créanciers ou débiteurs	
CPTE N° 40752003003	PTE ET ADRESSE 23/10/15		11706	CODE GUICHET	N° DE COMPTE 40752003003	CLÉ RIB
SNC CONSEIL VOYAGE ATLANTIQUE 26 AVENUE GAMBETTA				DOMIC	CILIATION	
			SAINTE	S GAMBETTA	05 46 93 0	2 73
17100 SAINTES			IBAN - INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER FR76 1170 6110 2240 7520 0300 311			
			AGRIFRPP817			
Le versement du solde est à effectu	uer 40 jours avant le départ.					
		Fait à			Le	
*Dans la limite des places d		Signa				