

Demande de prêt de salle temporaire

Identification de votre association

Nom et sigle de votre l'association OU nom de votre société

PARTENAIRES SANTE

Adresse de son siège social

4, AVENUE DU 8 MAI 1945

Code postal

38400

Commune

SAINT-MARTIN D'HERES

Téléphone

0767361867

Mail

reinetheodose@hotmail.fr

Site internet (si existant)

Identification de la personne chargée du dossier

Le représentant légal (le président, ou autre personne désignée par les statuts)

Nom

THEODOSE

Prénom

Marie-Lucienne

Qualité

autre

Téléphone

0767361867

Mail

art.vie.up@gmail.com

Demande de réservation de salle

Date de début (format jj/mm/aaaa)

05/02/2020

Date de fin (format jj/mm/aaaa)

19/02/2020

Salle à réserver

Louis Aragon musique - Maxi 19 personnes

Heure de début

11 heures

Heure de fin

13 heures

Nombre de personnes attendues

12

Objet de la réunion / manifestation (indiquer le nom de la copropriété en cas d'assemblée générale de copropriété)

atelier de danse-thérapie et d'arts-thérapie

A REMPLIR LORS DE LA REMISE DES CLES

Date

Je soussigné(e).....

Tél.....

Représentant de l'association en qualité de

Certifie avoir reçu ce jour les clés n°..... de la salle.....

et m'engage à respecter les modalités en ligne sur le site internet de la ville.

SIGNATURE

Clé rendue le