

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

art.vie.up@gmail.com

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)

18/03/2020

Date de fin (format jj/mm/aaaa)

25/03/2020

Salle à réserver

Louis Aragon musique - Maxi 19 personnes

Heure de début

11 heures

Heure de fin

13 heures

Nombre de personnes attendues

12 pers

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

atelier de art-danse-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