

DEMANDE DE RÉSERVATION

CLIENT

Nom du client : _____ Téléphone : _____
Adresse de facturation : _____
Email : _____ Contact présent : _____
Intitulé de la formation : _____

PÉRIODES

Effectif Total : _____

Du : _____ Heure d'arrivée : _____ Encadrement : H : _____ F : _____
Au : _____ Heure de départ : _____ Stagiaires : H : _____ F : _____

BESOINS POUR LA FORMATION

Nbre de Salle(s) :
Nbre de Terrain(s) de 1 à 3 :
Nbre de Vestiaire(s) de 1 à 4 :

Disposition des salles :

En U En Classe En Carré
 En Plot En Conférence

Matériel : Sonorisation Wifi

RESTAURATION

(tarifs valables du 01/07/19 au 30/06/20)

Pause : Café Café + Fruits Gourmandises
Menu Buffet : Self Menu Du Jour
M. servi : Séminaire CRT
Autres : Panier Repas Collation Gouter

Dates	Jours	Pdj	Pause	Déjeuner	Pause	Dîner	Nuitée

HÉBERGEMENT

Nbr de chambre à 1 lit : _____ Nbr de chambre à 2 lits : _____ Nbr de chambre à 3 lits : _____
Type stagiaire (Douche, WC) : _____
Type Cadre (Douche, WC, TV) : _____

RESERVE CRT

.....
.....
.....
.....

CEGID

EXCEL