



## LE LAZARET

Rue du Pasteur Lucien Benoît - LA  
CORNICHE 34200 – SETE  
tel. : **04.67.53.22.47** fax :  
04.67.53.36.13  
e-mail : le-lazaret@capfrance.com  
site : www.lazaret-sete.com

### DATES DEMANDEES

Arrivée le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

Départ le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_ h \_\_\_

## BULLETIN DE RESERVATION GROUPE

Association ou Organisme (raison sociale) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Responsable du séjour :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable accompagnant le groupe lors du séjour :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### EFFECTIF

Effectif total du groupe  dont accompagnateurs  dont chauffeurs  dont personnes en fauteuil

Adultes à partir de 16 ans  les 12 à 15 ans  les 6 à 11 ans  les 2 à 5 ans  les - 2 ans

### PLAN DE LOGEMENT

Chambre avec sanitaires privés ou semi-privatifs

Chambre avec sanitaires à l'étage

Nombre de chambres individuelles :  dont

Nbre de pers. à mobilité réduite nécessitant un RDC  Nbre de pers. à mobilité réduite pouvant accéder au 1<sup>er</sup> étage

Nombre de chambres à 2 lits :  dont

Nbre de pers. à mobilité réduite nécessitant un RDC  Nbre de pers. à mobilité réduite pouvant accéder au 1<sup>er</sup> étage

Nombre de chambres à 3 lits :  Nombre de chambres à 4 lits :

### RESTAURATION

Désirez-vous : des pauses matin  après-midi  : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous la Pension Complète  ou la demi-pension  si ½ pension midi  ou soir

Avez-vous des demandes particulières : spécificités alimentaires, menu festif ou jour de pique nique : \_\_\_\_\_

Souhaitez vous un barbecue : Oui  Non  (supplément de 50 € - selon conditions météo)

### EQUIPEMENTS

SALLES DE TRAVAIL : Désirez-vous : une salle réunissant l'ensemble du groupe  et des salles en sous-groupes, combien

MATERIEL : Désirez-vous : vidéo projecteur et écran  sono complète  magnéto et TV

Rétro projecteur et écran  petite sono  sono conférence  *Préciser les jours d'utilisation*

### ANIMATION

Avez-vous votre propre programme d'animation ? Oui  Non  si non quels seraient vos choix : \_\_\_\_\_

TRANSPORT : (nous contacter pour les prix)  Désirez-vous louer un car sur place ? Oui  Non

Désirez-vous un transport de bagages ? Oui  Non

### AUTRES

Avez-vous déjà séjourné au Lazaret ? Oui  Non  Si oui, en quelle année \_\_\_\_ Si non, comment avez-vous connu le Lazaret ?

CAP France  Réseau Protestant  Site Internet  Office du tourisme  F.F Randonnée  Autre préciser \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous souscrire à l'assurance annulation / interruption de séjour : Oui  Non

• Toute modification et demande complémentaire devront être précisées par écrit.

• **La facturation tiendra compte des effectifs indiqués 30 jours avant la date de séjour.**

Ci-joint la somme de \_\_\_\_\_  
par :  Chèque bancaire  
ou postal  
 Virement  Carte bleue

Je déclare adhérer à l'Association du Centre Familial du Lazaret  
et m'engage à respecter les conditions d'inscription et de séjour  
J'accepte de recevoir des informations des relais Cap France.

***Date, cachet et signature du responsable habilité***

**NB :** *Votre inscription  
devient définitive après  
confirmation écrite du  
Lazaret*