



## BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse Postale : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Destination : WEEK-END A DISNEYLAND PARIS**

**Date : LES 30 ET 31 AOUT 2025**

Lieu de Départ :

- LE TREPORT - Mairie  
 FRIVILLE-ESCARBOTIN - Netto  
 ABBEVILLE - Théâtre

Nombre de Participants : \_\_\_\_\_ Dont \_\_\_\_\_ enfants

Nom & prénom des participants :

1. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_

### Tarif

\_\_\_\_\_ € X \_\_\_\_\_ adultes = \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ € X \_\_\_\_\_ enfants = \_\_\_\_\_ €

Supplément assurance annulation maladie : 25 € x \_\_\_\_\_ **personnes** = \_\_\_\_\_ €

Je ne prends pas l'assurance annulation

Montant total de la prestation = \_\_\_\_\_ €

Mode de paiement :  Espèces

Chèques (à l'ordre de A.V.P)

Signature :