

SÉJOUR

Date d'arrivée : _____ Date de départ : _____

Adresse mail : _____ N° téléphone : _____

Nom / Prénom : _____ N° Location : _____

Plaque immatriculation : _____

PARTICIPANTS

	Nom & Prénom	Date de naissance
Participant n°1 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°2 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°3 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°4 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°5 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°6 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Participant n°7 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRESTATION SUPPLÉMENTAIRE

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Draps | <input type="checkbox"/> Petits dejeuners | <input type="checkbox"/> Demi pension | <input type="checkbox"/> Assurance annulation |
| <input type="checkbox"/> Serviettes | <input type="checkbox"/> Formule 7 repas soir | <input type="checkbox"/> Pension complète | <input type="checkbox"/> Pass sanitaire |



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

pass **COVID-19** sanitaire

UN CERTIFICAT DE VACCINATION

À condition de disposer d'un
schéma vaccinal complet.

OU

UN TEST NÉGATIF

RT-PCR ou antigénique
de moins de 48h.

UN CERTIFICAT DE RÉTABLISSEMENT

de la Covid-19 : test RT-PCR
positif datant d'au moins 11 jours
et de moins de 6 mois.

Téléchargez l'application [TousAntiCovid](#)



[GOUVERNEMENT.FR/PASS-SANITAIRE](https://www.gouvernement.fr/pass-sanitaire)



0 800 130 000
(appel gratuit)

