



**DEMANDE DE SEJOUR AU CENTRE DE VACANCE D'AGADIR**

**N° Assurance :**

Nom et prénom	C.I.N	Grade	Imputation budgétaire
.....	.....	.....	.....
Situation de famille		Affectation :	
Nom et prénom du conjoint	.....	Identité des accompagnants	
		Nom et prénom	Lien de parenté
Nom et prénoms des enfants	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
Numéro de téléphone	Fixe : ..... Mobile : .....		
<b>Période : Du</b>		<b>Au</b>	<b>Nombre de nuitées</b>
<b>Choix d'appartement</b>			
<b>Type</b>		<b>Prix</b>	
F1 : 1 chambre		200 DH	
F2 : 1 chambres + salon		300 DH	
F3 : 2 chambres + salon		400 DH	

N/B :-Le règlement des frais de séjour s'effectue par versement au compte n :

011 810 00 00 03 200 00 36831 26/Agence B.M.C.E

FAX : 05 37 68 28 62 / TEL : 05 37 77 30 27

- **Entrée à partir de 15h00 Jusqu'au 20h.**
- **Sortie avant 10h00 du matin.**
- **Tel du Centre Agadir : 05 28 84 02 80**