



Saint-Fargeau, le 25 avril 2019

185, avenue de Fontainebleau
77310 ST FARGEAU PONTIERRY
☎ : 06 78 87 38 69
Internet : aqua2000.org

**BULLETIN D'INSCRIPTION
SÉJOUR de THALASSO
SAINT JEAN de MONTS
DIMANCHE 6 au SAMEDI 12 OCTOBRE 2019**

HÔTEL ATLANTIC St Jean de Monts	CHAMBRE TRADITION	Adhérent (1) Saison 2018-2019	Non Adhérent (2)
Tarif comprenant : - La thalasso avec 4 soins par jour sur 5 jours - L'hôtellerie, pension complète, boissons (+ thé - café) - Les sorties - Les transports	Double	1 388	<i>1438</i>
	Single	1586	<i>1636</i>
	Non curiste chambre Double	964	<i>1014</i>
	Non curiste chambre Single	1162	<i>1212</i>

(1) Tarif pour les Adhérents AQUA 2000. / (2) Tarif pour les Non-Adhérents AQUA 2000 –
Taxe de séjour et Assurance comprises.

Les pourboires resteront à l'appréciation de chaque participant.

Nous vous précisons que les risques au cours du séjour restent couverts par votre assurance multirisque personnelle.

Le règlement peut être effectué en 4 versements joints à l'inscription à l'ordre d'AQUA 2000, à la date d'émission.
Le montant en gras : prix Adhérents / **Le montant en italique : prix Non Adhérents.**

Adhérent / <i>Non Adhérent</i>	1 ^{er} chèque encaissé à l'inscription	2 ^{ème} chèque encaissé le 30/07/2019	3 ^{ème} chèque encaissé le 30/08/2019	4 ^{ème} chèque encaissé le 30/09/2019
Chambre double	347/ 360	347/ 360	347/ 360	347/ <i>358</i>
Chambre single	397/ 409	397/ 409	397/ 409	395/ <i>409</i>
Non curiste Ch. double	241/ 253	241/ 253	241/ 253	241/ <i>255</i>
Non curiste Ch. Single	290/ 303	290/ 303	290/ 303	292/ <i>303</i>

Les inscriptions seront retenues sous réserve des places disponibles et par ordre d'enregistrement. AQUA 2000 se réserve le droit d'annuler le voyage si le nombre d'inscrits est insuffisant, ne permettant pas de maintenir les prix, et sous réserve de l'augmentation du prix du carburant.

1 ^{er} participant :	2 ^{ème} participant :
NOM : PRÉNOM :	NOM : PRÉNOM :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adhérent : () Non Adhérent : ()	Adhérent : () Non Adhérent : ()
ADRESSE :	ADRESSE :
☎ : ☎ Portable :	☎ : ☎ Portable :
email : @	email : @
Visite médicale facultative sur place (30€) : Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/> Si Non Certificat médical d'aptitude à fournir avant le départ.	Visite médicale facultative sur place (30€) : Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/> Si Non Certificat médical d'aptitude à fournir avant le départ.
Chambre double partagée avec :	Chambre double partagée avec :

Joindre :

- 2 enveloppes timbrées à votre nom et adresse
- Votre ou vos règlements : 1^{er} chèque de : € 2^{ème} chèque de : €
3^{ème} chèque de : € 4^{ème} chèque de : €

Pour un montant total de : Euros, correspondant à la réservation du séjour à St Jean de Monts du 6 au 12 OCTOBRE 2019 pour : personne(s), 5 jours de cure, en chambre double en chambre single .

Date d'inscription :/...../2019

Signature