

# FICHE DE RÉSERVATION VÉHICULE ADAPTÉ

**Prêt véhicule****HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE REIGNIER**

Nom de l'association : .....

Activités de l'association : .....

Nom, prénom et qualité du demandeur : .....

Téléphone : .....

Date de la demande : .....

Dates	Heure Départ	Heure Retour
Du ..... au .....		
Du ..... au .....		
Du ..... au .....		

Destination	Activité	Nombre de participants

Nom, Prénom et adresse de la personne qui conduira le véhicule lors de ces sorties :

.....  
.....*(si nouvelle personne fournir la photocopie du permis de conduire)*

À Reignier-Esery, le .....

Signature du Président de l'association ou son représentant :

*Cadre réservé à l'Administration  
À envoyer par mail à virginie.bal@hl-reignier.fr*

Demande acceptée par la commune  OUI  NON

Si non, pourquoi : .....

Signature du Maire ou de son représentant :

*Cadre réservé à l'Hôpital Départemental de Reignier  
À envoyer par mail à associations@reignier-esery.com*

Demande acceptée par l'hôpital  OUI  NON

Si non, pourquoi : .....

Signature de la Directrice ou de son représentant :