

DATE de la visite :**Heure :**

PROGRAMME CHOISI :

Indiquer le titre de la visite de votre choix :

.....
.....
.....

Préciser la durée de votre visite :

Demie journée

journée

NOMBRE de PARTICIPANTS :

NIVEAU et NOMBRE de CLASSES :

TARIF UNIQUE : 75,50 € par groupe de 30 élèves (pour une ½ journée)

LANGUE SOUHAITEE : Supplément : **23,50 €** par groupe.

Anglais

Espagnol

Italien

Portugais

Vos coordonnées

Nom du responsable :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Adresse de correspondance :

.....

.....

Adresse de facturation :

.....

.....

Téléphone : *Fax :*

Portable : *E-mail :*

Mode de paiement :

Espèces

chèque bancaire

Carte de crédit

virement administratif

OBSERVATIONS :

.....

.....

Conditions de réservation, annulation, versement des arrhes : se référer aux conditions générales.