

☎ : 01-40-55-22-82 ☎ : 01-40-55-22-88 ✉ foyer@epmt.fr

ETAT CIVIL


NATIONALITE : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

@ : |

LIEN DE PARENTE : |

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

[illegible][illegible]

														
---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

 LIEN de PARENTE

--

ASSURANCE

NOM ET ADRESSE DE VOTRE ASSUREUR :

COMPAGNIE : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]

DATE D'ECHEANCE :

--	--

--	--

--	--	--	--

SITUATION DU LOCATAIRE

FORMATION SUIVIE A :

E.P.M.T. Préciser la formation :

AUTRES ☐ Préciser : | | | | | | | | | |

LOCATION SOUHAITEE

Date prévue de votre arrivée :

--	--

--	--

--	--	--	--

Type de chambre SIMPLE : ☐ SIMPLE KITCHENETTE ☐

Type de chambre DOUBLE : ☐ DOUBLE KITCHENETTE ☐

FORMATION CHOCOLATERIE UNIQUEMENT **LOCATION A TEMPS PARTIEL :**

PARTEZ-VOUS LE VENDREDI SOIR ? ☐ LE SAMEDI MATIN ? ☐

DOCUMENTS A FOURNIR

A LA SIGNATURE DU CONTRAT DE LOCATION

GARANT :

☐

ATTESTATION DU GARANT

☐

PHOTOCOPIE RECTO VERSO DE LA CARTE D'IDENTITE :

LOCATAIRE :

☐

ATTESTATION D'ASSURANCE MULTIRISQUE HABITATION +
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

☐

CAUTION 453€+
FRAIS DOSSIER 40€

☐

DOSSIER DU LOCATAIRE COMPRENANT :

2 REGLEMENTS INTERIEURS SIGNES DU LOCATAIRE

1 AUTORISATION D'HOSPITALISATION

☐

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE VIE EN COLLECTIVITE

☐

2 PHOTOS D'IDENTITE :

☐

PHOTOCOPIE RECTO VERSO DE LA CARTE D'IDENTITE :

SUPPLEMENT FACULTATIF :

☐

CAUTION PARKING (LOYER + TELECOMMANDE) :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

CHAMBRE N°

NOM :PRENOM :

CAUTION POUR LA CHAMBRE :

MODE DE PAIEMENT

ESPECES : ☐ CHEQUE : ☐ BANQUE :

N° DU CHEQUE :

CAUTION POUR LE PARKING :

MODE DE PAIEMENT

ESPECES : ☐ CHEQUE : ☐ BANQUE :

N° DU CHEQUE :

OBSERVATIONS / POINTS PARTICULIERS :