

# DEMANDE DE RESERVATION

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Prénom

Nom

Adresse

CP

Ville

Pays

e-mail

Tél

Portable

Dates d'arrivée

de départ

Nombre d'adultes

Nombre d'enfants

Age

**Nombre de CHAMBRE :**

**FORMULE**

Pension complète

Demi-pension

**Montant des arrhes**

Fait à

Le

**Signature**

HOTEL DU CENTRE

Michel et Florence GROSSIORD

Rue principale

01 410 LELEX