

DEMANDE DE PARTICIPATION À COMPLÉTER ET À RETOURNER DÈS QUE POSSIBLE À CONFLUENCES par mail

NOM ÉTABLISSEMENT :

Adresse de l'établissement :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Direction :

Horaires matin :Horaires après-midi :

L'établissement ferme le mercredi matin ? OUI • NON (rayer les mentions inutiles)

REFERENT·E :

Courriel :

Portable :

Utiliserez-vous le Pass Culture ? : OUI • NON (rayer les mentions inutiles)

Demande pour une classe

Nom de l'enseignant·e se déplaçant et préparant la classe :

CHOIX (du plus important au moins important)	NOM DE L'INVITE·E ou TITRE DE LA MANIFESTATION	TYPE DE MANIFESTATION (Rayer les mentions inutiles)	CLASSE NIVEAU AGE	EFFECTIF
1		RENCONTRE ATELIER LECTURE SPECTACLE		-
2		RENCONTRE ATELIER LECTURE SPECTACLE		
3		RENCONTRE ATELIER LECTURE SPECTACLE		

Copier / coller ce tableau à la suite du document pour plusieurs demandes dans le même établissement