



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATION

Afin de nous permettre de traiter au mieux votre demande, merci de bien vouloir compléter ce formulaire.

Date de la demande :

PRESTATION

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visite Centre d'Enfouissement de Soumont | <input type="checkbox"/> Intervention scolaire |
| <input type="checkbox"/> Visite Plateforme de Compostage d'Aspiran | <input type="checkbox"/> Formation |
| <input type="checkbox"/> Visite Déchèterie | <input type="checkbox"/> Stand |
| <input type="checkbox"/> Visite Centre de tri – St Thibéry | <input type="checkbox"/> Prêt
d'outil/atelier/matériel |

STRUCTURE

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etablissement scolaire, périscolaire | <input type="checkbox"/> Entreprise |
| <input type="checkbox"/> Collectivité | <input type="checkbox"/> Groupement de particuliers |
| <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom de la structure :

Adresse :

Contact

Nom :

Prénom :

Coordonnées tel /mail :

PROJET

Agenda :

(Préciser si vous avez une préférence pour une période de l'année, un jour, un créneau horaire, ou des contraintes. Le choix du créneau final sera fait en collaboration avec l'agent du SCH)

Nombre de visiteurs :

(en cas de scolaires, merci d'indiquer le nombre de classes et les niveaux, ou au besoin l'âge des enfants)

Type de visiteurs

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adultes | <input type="checkbox"/> Salariés | <input type="checkbox"/> Public en situation de handicap |
| <input type="checkbox"/> Mineurs | <input type="checkbox"/> Langue étrangère | Précisez :
..... |

Souhait de prises de vues

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Photos | <input type="checkbox"/> Vidéos |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Objectif de la visite

Merci de décrire votre projet ci après en précisant les potentielles créations de supports, articles, projets, résultant ou intégrant la visite.

PARTIE RESERVEE AU SYNDICAT CENTRE HERAULT

Agent en charge de la prestation

Nom :
Prénom :
Coordonnées tel :
Service :

Commentaires de l'agent SCH :

V I S A

Date de dépôt pour visa :

Signature de la Responsable de Service :

Validé
 Refusé
» Motif du refus :

Signature du Directeur:

Validé
 Refusé
» Motif du refus :

Signature du Président du Syndicat Centre Hérault
M. Olivier BERNARDI :

Validé
 Refusé
» Motif du refus :