

PRESTATION INTERMITTENT DU SPECTACLE

DATE DE LA MANIFESTATION :

TYPE DE MANIFESTATION (spectacle vivant, conférence,...) :

EMPLOI OCCUPE :

Heure d'arrivée dans le bâtiment : Heure de sortie du bâtiment :

NOM :	PRENOM :
ADRESSE POSTALE :	
ADRESSE MAIL :	
N°SECURITE SOCIALE :	
N° DE CONGES SPECTACLE :	
N° SIRET :	

Formations et habilitations	
<input type="checkbox"/> Habilitation électrique	<input type="checkbox"/> CACES
<input type="checkbox"/> SSIAP	Date de la dernière visite médicale :

Catering
Régimes spéciaux (végétariens, allergies...):

Observations :

A joindre à ce document et à renvoyer à : m.amand@mairie-saintvallierdethiey.fr et a.collomp@mairie-saintvallierdethiey.fr

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copie carte de sécurité sociale en couleur | <input type="checkbox"/> Copie carte d'identité recto-verso |
| <input type="checkbox"/> R.I.B. | <input type="checkbox"/> Copie carte Guso |