



**ESTIVALES MARIANISTES à St Vincent de Paul (Landes)**

**du 3 au 7 août 2026**

**Accompagnées par le père Michel SALLABERY**

**« Que vous portiez du fruit et que votre fruit demeure »** Jean15,v16



-Sœur -Père -Frère -Mme -Mr -Mlle	NOM :  Prénom : _____  <input type="checkbox"/> Seul (e) <input type="checkbox"/> Couple	<u>Région</u> -Est -Corse -Ile de France -Sud-ouest	Nom de la Fraternité ou Amis de la Famille Marianiste :	Adresse Postale :   Adresse mail :	<u>Numéros de Téléphone Portable</u> (ou fixe) P :  F : <u>NOM et TÉLÉPHONE</u> de personne à prévenir en cas d'urgence :
--	--	---	---	---	---

**HÉBERGEMENT : Œuvre du Berceau 600 impasse de l'œuvre 40990 St Vincent de Paul**

<u>ARRIVÉE :</u>  Jour :  Heure :  <u>DÉPART :</u>  Jour :  Heure :	<u>Transports</u> <input type="checkbox"/> Train (gare de Dax) <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Autre (bus, covoiturage...) <input type="checkbox"/> Avion	<u>Choix de la chambre</u> N°1= Individuelle 1 lit de 90 N°2 = 2 Personnes 2 lits de 90 séparés** N°3 = Couple 2 lits de 90 séparés N°4 = Chambre PMR lit de 90 (1 ou 2 personnes) Type de chambre : N° ..... **Si 2, avec qui ? ..... <u>Besoin impératif d'ascenseur pour accéder aux chambres :</u> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>OUI</span> <span>NON</span> </div>	<u>Besoins personnels</u>  <u>Régimes</u> <u>Uniquement sur prescription médicale jointe à l'inscription</u> Si pas de prescription <b>4€ de plus par repas.</b>  <u>Autres</u>
	<input type="checkbox"/> Train (gare de Dax) <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Autres (bus, covoiturage...) <input type="checkbox"/> Avion	<div style="text-align: center;"> <u>TARIF</u>  <b>Chambre seule : 320€ par personne</b>  <b>Chambre double 290€ par personne</b>  <b>Arrhes : 150€</b> par chèque à l'ordre de :  <b>CLM de France</b>  <u>Les arrhes ne seront pas remboursées si annulation après le 15 juillet (car prestataire repas traiteur)</u> </div>	*Si formation personnelle de médecine ou de secourisme merci de vous signaler ci-dessous : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>OUI</span> <span>NON</span> </div>

Fiche d'inscription à retourner avant le 31 mai 2026 accompagnée du chèque d'arrhes à :

**Marilyn COLLADO 26 Rue Barthélémy Giraudeau 33160 St Médard en Jalles**