

NOM DE L'ASSOCIATION :

PERIODE 1 du au

Objet/Destin. :

Nom - Prénom du conducteur n° 1 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

Nom - Prénom du conducteur n° 2 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

PERIODE 2 du au

Objet/Dest. :

Nom - Prénom du conducteur n° 1 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

Nom - Prénom du conducteur n° 2 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

PERIODE 3 du au

Objet/destination :

Nom - Prénom du conducteur n° 1 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

Nom - Prénom du conducteur n° 2 : _____ Age : _____

Téléphone : _____

N° Permis de Conduire B : _____ Délivré le : _____

Certifiée conforme par le (la) Président(e) de l'association.

Monsieur / Madame _____

A _____, le _____

Tampon de l'association

A RETOURNER AU SERVICE LOGEMENT

Mairie de Vouziers – Place Carnot – Vouziers – Tél. : 03 24 30 76 30