

Formulaire de réservation de déplacement de groupe

Remplir et envoyer le formulaire au moins 15 jours avant la date de l'activité à la répartition du STAC par télécopieur au **418 687-6320** ou par courriel à **reservation@stacquebec.ca**

- Demande d'inscription de groupe pour une session
- Demande d'inscription de groupe pour une activité occasionnelle (une seule fois)

Nom de l'activité _____

Numéro de groupe (si connu) _____

L'organisme

Nom de l'organisme _____

Nom du responsable de l'activité M. M^{me} _____
Prénom Nom

Numéro de téléphone du responsable _____

Autre numéro de téléphone en cas d'urgence _____

L'activité

Adresse de destination de l'activité _____
numéro rue

Adresse de départ de l'activité (si différente) _____
numéro rue

Local ou précision concernant l'accès au lieu _____

Date de début de l'activité _____ jour _____ mois _____ année
Date de fin de l'activité _____ jour _____ mois _____ année

Interruptions prévues Non Oui Précisez date(s) _____
Exemple : jours fériés

Jour de l'activité Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
(cocher le jour)

Heure de début de l'activité ____ h ____ Heure de fin de l'activité ____ h ____

Heure d'arrivée demandée ____ h ____ **Heure de retour demandée** ____ h ____

Renseignements supplémentaires _____

Formulaire de réservation de déplacement de groupe

| Identification des participants | | | |
|---------------------------------|-----|--------|------------------|
| | Nom | Prénom | N° d'utilisateur |
| 1- | | | |
| 2- | | | |
| 3- | | | |
| 4- | | | |
| 5- | | | |
| 6- | | | |
| 7- | | | |
| 8- | | | |
| 9- | | | |
| 10- | | | |
| 11- | | | |
| 12- | | | |
| 13- | | | |
| 14- | | | |
| 15- | | | |
| 16- | | | |
| 17- | | | |
| 18- | | | |
| 19- | | | |
| 20- | | | |
| 21- | | | |
| 22- | | | |
| 23- | | | |
| 24- | | | |
| 25- | | | |
| 26- | | | |
| 27- | | | |

La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Cette information sera à l'usage exclusif du service de la planification des services du STAC.

Signature du responsable _____

Date _____
jour mois année