

<b>Demande d'INTERVENTION à retourner au Centre Musiflore</b>	<b>ATELIERS SENIORS EN FORME</b>
Je soussigné (nom & prénom):	
Qualité (Président, Maire, Directeur):	
Adresse:	
Courriel :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Fax :
Type d'établissement : <input type="checkbox"/> Foyer-logement - <input type="checkbox"/> Maison de retraite - <input type="checkbox"/> Accueil temporaire ...	
Nombres de participants concernés :	Interlocuteur direct dans l'établissement (animateur/trice...) :
Profil des participants (autonomie, pathologies..) :	
Rythme de l'atelier souhaité : - <input type="checkbox"/> 10 séances / an - <input type="checkbox"/> 20 séances / an	
Jour de la semaine souhaité pour l'intervention (sous réserve possibilités):	
Locaux et matériels disponibles pour cet atelier :	
<input type="checkbox"/> Radio CD ou chaine Hifi	
<p>Fait à : _____, le _____</p> <p>Signature de l'Organisateur :</p> <div data-bbox="812 1429 1391 1742" style="border: 1px solid black; width: 363px; height: 140px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding-top: 50px;">Cachet de l'organisme</div>	

A retourner au centre :

**MUSIFLORE ~ COMBE DE GARAUX ~ 26460 CRUPIES**  
fax : 04 75 46 99 10 ~ courriel : [musiflore@lescmr.asso.fr](mailto:musiflore@lescmr.asso.fr)