



DEMANDE DE RESERVATION TIVA

Les cases grisées sont destinées aux agents du service TIVA

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| Date de la demande : | | Date de réception : | |
| Civilité : | | Numéro d'adhérent : | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Vous souhaitez une réponse par : Mail, téléphone, SMS, courrier* | | Votre contact pour la réponse (tél., mail, etc.) : | |
| Motif de la demande : | Professionnel, médical, loisirs* | Autre (précisez) : | |
| Accompagnant : OUI-NON* | Si OUI, précisez le nom et prénom : | | Obligatoire : OUI- NON* |
| Date de départ : | | Heure de départ souhaitée : | |
| Adresse de départ : (Préciser la rue, numéro de rue, bâtiment, interphone, code de porte...) | | | |
| Code postal : | | Ville : | |
| Adresse d'arrivée : | | | |
| Code postal : | | Ville : | |
| Souhaitez-vous un retour ? | OUI-NON* | Horaire de retour (départ) : | |
| Remarques : | | | |
| Pour les transports réguliers | | | |
| Date de début : | | Date de fin : | |
| Jours de fonctionnement : | Lundi – Mardi – Mercredi – Jeudi – Vendredi – Samedi – Dimanche * | | |
| Traité par : | | Réponse donnée le : | Statut : |
| Signature de l'adhérent | | | |
| * Rayez les mentions inutiles | | | |