MAIRIE DE ROCHE D'AGOUX



JEU DE QUILLES

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____

Demande à utiliser le jeu de quilles

Le : _____

De : __H__ à __H__

- Reconnait avoir pris connaissance du règlement concernant l'utilisation du jeu de quilles et à le respecter.
- Avoir pris les clefs auprès de :
    - Daniel VIDALENC – 06.08.12.32.38
    - Sylvie LAURENT – 06.29.04.05.96
    - Aurore DEVIDI – 06.31.38.13.83
    - Justine DUMAS - 06.68.05.61.76
    - Laurence ORIOL – 06.58.88.66.20

Date :

Signature :