



**MAGIK'HOPITAL**

Ensemble offrons du rêve aux enfants hospitalisés

## Formulaire d'inscription au dîner spectacle du vendredi 9 novembre 2018 à 19h à l'hôtel Kyriad Prestige de Mérignac

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Société :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Adresse Email :

Participera à la soirée spectacle

Je serai accompagné(e) de

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Société :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Adresse Email :

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Société :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Adresse Email :

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Société :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Adresse Email :

Mon inscription est pour ..... adultes à 35€ et ..... enfants de moins de 12 ans à 17€, soit un total de ..... que je règle par CHÈQUE À L'ORDRE DE MAGIK'HÔPITAL à envoyer à Henri NOUVIAIRE -15 rue de Brazza – 33700 MERIGNAC avant le 4 novembre 2018

[www.magikhospital.fr](http://www.magikhospital.fr) - [contact@magikhospital.fr](mailto:contact@magikhospital.fr)

