**FORMULAIRE de Déplacement : SAISON 2025/2026**

**MATCH** : **/ OM Le…………………………………**

**CENTRE ou FOYER**:

**PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP : FAUTEUIL / MARCHANT (Rayer la mention inutile)**

**NOM** : **Prénoms** :

**ADRESSE** :

**TELEPHONE** :

**E.MAIL**:

**ACCOMPAGNATEUR**

**NOM** : **Prénoms** :

**ADRESSE** :

**TELEPHONE** :

**E.MAIL**:

**Joindre :**

1. **La photocopie de la carte d'invalidité recto/verso**
2. **La photocopie de la carte d'identité de l'accompagnateur**
3. **Le règlement par chèque de 300€ par personne (au verso les noms des P.S.H et accompagnateurs) pour l’HANDIFAN CLUB OM**

 **A envoyer à l’adresse :**

**HANDIFAN CLUB OM - Centre Commercial les pins 38,Allée des pins 13009 MARSEILLE**

**NB : Toute demande incomplète sera automatiquement rejetée.**

**Siège : HANDIFAN CLUB OM** **- Centre Commercial les pins**

 **38,Allée des pins - 13009 MARSEILLE - 06 21 72 02 75 - 04 91 76 43 99**

**Site : handifanclubom.org - adresse mail : handifanclubom@orange.fr**