**Fiche d'inscription**

**Transport réservé aux personnels**

**des établissements de santé**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Employeur :

Tel :

Adresse mail :

**Trajet demandé** :

* Adresse ou point d’arrêt de départ :

Commune :

* Adresse ou point d’arrêt d’arrivée :

Commune :

**Date du trajet** : / /

Pour les trajets récurrents, précisez les jours concernés :

Pour la semaine du : ……………………………………. Au ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Horaire souhaité :**

**Heure de départ** souhaitée : **…………….. ou Heure d’arrivée** souhaitée :………………….

**Besoin du trajet retour** ? Rayez la mention inutile NON OUI

**Heure de départ** souhaitée (trajet retour) :

Pour les trajets récurrents, précisez les jours concernés :

Pour la semaine du : ……………………………………. Au ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|  |  |  |  |  |  |  |