CASINO Quiberon

Je soussigné(e)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... (.....)

Adresse : .....

..... CP : .....

Ville : ..... Tél : .....-.....-.....-.....-.....

Demande par la présente :

-Une fréquentation restreinte de la salle de jeux de votre établissement :

Jusqu'au ...../...../.....

Je souhaite pouvoir pénétrer dans la salle de jeux du Casino de Quiberon seulement :

..... fois par semaine

(indiquer le nombre de fréquentations souhaitées)

..... fois par mois

(indiquer le nombre de fréquentations souhaitées)

autre .....

-Une exclusion totale de l'accès dans la salle de jeux du Casino de Quiberon pendant une période de :

..... mois ..... année(s)

Fait le ...../...../.....

à.....

Signature :

Joindre une pièce d'identité