

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE A DISPOSITION DE LOCAUX

A adresser à evenementiel-med@univ-nantes.fr

Au moins 15 jours avant la date de l'évènement

Aucune réservation de salle n'est possible du 1^{er} au 15 janvier inclus

Coordonnées du demandeur (contact principal de cet événement)

Dénomination sociale :

Nom et prénom du demandeur :

Mail :

Téléphone :

Adresse :

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT

☐ EXTERNE à Nantes Université/CHU de Nantes (association, entreprise, institution, etc...)

☐ INTERNE (personnels de Nantes Université/CHU de Nantes : service administratif, enseignant et laboratoires, groupe d'étudiants et associations étudiantes)

Si interne, organisez-vous cet événement avec un établissement hors Nantes Université/CHU de Nantes ?

☐ oui ☐ non

Si oui : indiquez ci-dessous les coordonnées du contact de l'établissement :

Dénomination sociale :

Nom et prénom du demandeur : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Adresse: _____

PRESENTATION DE L'ÉVÈNEMENT

Nom et description de l'évènement (précisez l'objectif de votre événement) :

Votre évènement est à participation payante ? : ☐ oui ☐ non

Date du début de l'évènement :

Horaires précises - début et fin de l'évènement :

Date de fin l'évènement :

Nombre de personnes attendues :

Effectif de l'équipe organisatrice :

Quel type de public est attendu à cet événement ?

☐ Personnels de Nantes Université (administratifs, enseignants)

☐ Médecins du CHU de Nantes

☐ Professionnels de Santé extérieurs au CHU de Nantes et de l'UFR de Médecine de Nantes

☐ Professionnels (entreprise, institution, etc...)

☐ Étudiants de Nantes Université

☐ Etudiants hors Nantes Université

☐ Ouvert au grand public

☐ Autres, merci de préciser : _____

Cadre réservé à l'administration de la Faculté

Décision du Doyen :

☐ Favorable

☐ Défavorable

A titre payant :

☐ plein tarif

☐ tarif préférentiel

/

☐ A titre gratuit

Date et signature :

Le Doyen, Professeur Antoine HAMEL

Commentaires :

ORGANISATION DE L'ÉVÉNEMENT

Dans quel bâtiment souhaitez-vous organiser votre événement ?

- ☐ VEIL
☐ BIAS 2
☐ KERNÉIS

Type de salle souhaité :	Amphi <input type="checkbox"/>	Salle de cours <input type="checkbox"/>	Salle de réunion <input type="checkbox"/>	Hall <input type="checkbox"/>	Espace vie étudiante <input type="checkbox"/> <i>(uniquement réservé aux étudiants)</i>
Nombre de salle :					
Capacité souhaitée :					

Besoins particuliers complémentaires :

- ☐ Equipement en vidéo projection ☐ Equipement micro sans fil.....quantité ☐ Accès WIFI
☐ Mobilier : tables quantité ☐ chaises.....quantité
☐ Matériel spécifique (grilles d'affichage) quantité (maximum 8)
☐ Prestation spécifique attendue (audiovisuel), merci de préciser : _____
☐ Places de parking quantité *(uniquement de 18H00 à 20H00)*



Rappel de la charte de Nantes Université :

L'introduction et la consommation d'alcool et de tabac sont interdites dans les locaux de l'UFR de Médecine.
Le non-respect de ce point entraînera l'exclusion de la manifestation par le service de sécurité de la Faculté.

Le responsable désigné ci-dessus s'engage à assurer :

- ⇒ La sécurité des biens et des personnes durant la manifestation
⇒ Le respect de l'interdiction d'introduire et de consommer de l'alcool et de fumer dans les locaux de l'UFR
⇒ Le nettoyage et la remise en ordre des locaux *(sinon facturation au coût du marché de l'Université)*.

Date de la demande :

Signature du demandeur

Cadre réservé à l'administration de la Faculté

Avis du service sécurité

Avis de la Secrétaire Générale de l'UFR