Pôle Santé
UFR Médecine
Nantes Université

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE A DISPOSITION DE LOCAUX

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

Au moins 3 semaines avant la date de l'évènement

Aucune réservation de salle n'est possible du 1er 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'ÉVÉNEMENT

☐ **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'EVENEMENT

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'EVENEMENT

Dans quel bâtiment souhaitez-vous organiser votre événement ?

☐ VEIL
☐ BIAS 2
☐ KERNÉÏS

Type de salle souhaité :	Amphi ☐	Salle de cours ☐	Salle de réunion ☐	Hall ☐	Espace vie étudiante ☐ *(uniquement réservé aux étudiants)*
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 entrainera 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**