



# Association Clinique Saint Dominique

Soins Médicaux  
Réadaptation  
Oncohématologie  
et Soins Palliatifs

## ATTESTATION INSCRIPTION VIDE-GRENIER

### Personne physique

*se déroulant le 12/10/2025 à Nice au sein de la Clinique St Dominique*

#### *Je soussigné(e),*

Nom : ..... Prénom .....

Né(e) le ..... à Département : ..... Ville : .....

Adresse : .....

CP ..... Ville .....

Tél. .... Email : .....

Titulaire de la pièce d'identité N° .....

Délivrée le ..... par .....

#### *Déclare sur l'honneur :*

- de ne pas être commerçant (e)
- de ne vendre que des objets personnels et usagés (Article L 310-2 du Code de commerce)
- de non-participation à 2 autres manifestations de même nature au cours de l'année civile. (Article R321-9 du Code pénal)

**Fait à** ..... **le** .....

Signature

*Ci-joint règlement de \_\_\_\_ € pour l'emplacement pour une longueur de \_\_\_\_ mts*

*Merci de joindre une copie de votre pièce d'identité.*

Attestation devant être remise à l'organisateur qui le joindra au registre pour remise au Maire de la Commune d'organisation

#### **A noter : Stand de base 20 € (2 mètres)**

**Tables et chaises non fournies pour les stands.**

**L'accès aux véhicules sera possible uniquement pour le déballage, le stationnement devra se faire à l'extérieur de la Clinique. Accès exposants à 7h30. Ouverture au public 9h. Fermeture du vide-grenier 17h. Tombola et Buvette proposées par l'Association.** Animaux non autorisés dans l'enceinte de l'établissement.

Merci de respecter le repos des patients et du voisinage. Veuillez à inscrire lisiblement mail et téléphone afin de pouvoir vous contacter en cas de nécessité ou d'annulation.