

ATTESTATION

Je soussigné (nom, prénom,), Chef d'Etablissement
du Lycée de, certifie respecter par la présente, pour
toutes expositions mises à disposition par le Mémorial de la Shoah, dans le cadre du partenariat
avec le Conseil Régional d'Ile-de-France, les conditions d'exposition ci-dessous :

- Nom de la Sté de Transport
ou des personnes mandatées par l'Etablissement pour effectuer le transport aller-
retour.

- Nom du lieu où elle est présentée
dans l'établissement et qui ferme à clés,

- Surveillance toujours assurée
pendant l'exposition et jusqu'à la fermeture des locaux.

Nom de l'Exposition :

Date d'enlèvement :

Date de retour :

Fait à le

Pour servir et valoir ce que de droit

Signature et cachet de l'Etablissement