**DEMANDE DE SUSPENSION**

 **D’ABONNEMENT**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………………….

Domicilié(e) : ………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………

Tél / Mail  : ………………………………………………………………………………………………………………

Souhaite suspendre mon abonnement pour (cochez la case) :

🗆 congé maternité

🗆 grossesse

🗆 autre (précisez) : ……………………………………………………………………

Pour une durée de ………………………………………… à compter du …………………………………………………

 Fait à ………………………………………………… , le ……………………………

**AVIS DU SICGPOV**

🗆 accepté

🗆 refusé

Visa du SICGPOV

Signature