

**DEMANDE D'ADMISSION
EN CENTRE DE VACANCES DE JEUNES**

www.fondationmg.fr / mail : cellule.cvj@fondationmg.fr
36 avenue du Général de Gaulle – CS 50001 –
94306 VINCENNES CEDEX – Tél : 01 89 11 86 85 à 86 87

RESERVE A LA FMG		
Date de réception		
N° demande		
Revenu fiscal de référence / nbre de parts	Tarif	Réduction / Frais supp

Joindre : - la copie du dernier avis d'imposition
- le dernier bulletin de solde (uniquement pour les militaires de l'arme en activité)

DATES	NOM DU CENTRE par ordre de préférence	TRANSPORT	
		ALLER	RETOUR
1 du ____ au ____	_____	<input type="checkbox"/> PARIS <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> CONDUIT SUR LE CENTRE	<input type="checkbox"/> PARIS <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> RÉCUPÉRÉ SUR LE CENTRE
2 du ____ au ____	_____	<input type="checkbox"/> PARIS <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> CONDUIT SUR LE CENTRE	<input type="checkbox"/> PARIS <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> RÉCUPÉRÉ SUR LE CENTRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR (responsable légal)

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse du domicile : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

<input type="checkbox"/> Ressortissant <input type="checkbox"/> Non ressortissant	Qualité : (Père / Mère / Tuteur...) _____	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
--	--	--

(personnel) : _____ (professionnel) : _____ (domicile) : _____ (bureau) : _____	Email personnel : _____
--	-------------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESSORTISSANT (membre ouvrant droit)

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse du domicile : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

Lien avec le participant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Gd père <input type="checkbox"/> Tante <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Gd mère <input type="checkbox"/> Oncle <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> souscripteur <input type="checkbox"/> non-souscripteur	<input type="checkbox"/> En activité (précisez l'unité) _____ <input type="checkbox"/> Retraité depuis : __/__/__	<input type="checkbox"/> Réserviste <input type="checkbox"/> Non activité (pour raison médicale : clm) <input type="checkbox"/> décédé(e) le __/__/__
---	--	---	---

(personnel) : _____ (professionnel) : _____ (domicile) : _____ (bureau) : _____	Email personnel : _____
--	-------------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : F M Date de naissance : __/__/__ Âge : _____
 Orphelin de militaire de la gendarmerie Orphelin de père et mère
 Taille : __m__ Pointure : _____

✓ **Problèmes médicaux / Recommandations particulières :**
(joindre courrier / PAI / copie ordonnance)

✓ Nombre de frères et sœurs participant à un centre de vacances de la MG _____
 ✓ Affinité (si votre enfant souhaite séjourner avec frère / sœur / ami...) _____

Dans le cadre du droit à l'image, j'autorise la publication de l'image de mon enfant pour le blog, la brochure, le portail internet de la fondation.

Je certifie l'exactitude des informations données ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des tarifs et conditions générales de vente sur notre site : www.fondationmg.fr – rubrique vacances jeunes

Date : __/__/__

Signature du demandeur