



**DEMANDE DE SEJOUR
EN CENTRE DE VACANCES DE JEUNES**
à transmettre à cellule.cvj@fondationmg.fr
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 (pour les enfants de ressortissants)

DATES	NOM DU CENTRE	TRANSPORT*	
		ALLER	RETOUR
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

*En cas de besoin, je me porte volontaire pour assurer le convoyage d'enfants (frais pris en charge par la MG)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

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

<input type="checkbox"/> Ressortissant	Qualité : (Père / Mère / Tuteur...) _____	Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Non ressortissant		<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)	

<input type="checkbox"/> (personnel) : _____ (professionnel) : _____ <input type="checkbox"/> (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"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle- Mère <input type="checkbox"/> Gd père <input type="checkbox"/> Gd mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Oncle <input type="checkbox"/> Tante <input type="checkbox"/> Ami(e)	<input type="checkbox"/> donateur régulier	<input type="checkbox"/> En activité (précisez l'unité) _____ <input type="checkbox"/> Nigend : _____ <input type="checkbox"/> Retraité depuis : _____	<input type="checkbox"/> Réserviste <input type="checkbox"/> Non activité (pour raison médicale : clm) <input type="checkbox"/> décédé(e) le _____
---	--	--	--

<input type="checkbox"/> (personnel) : _____ (professionnel) : _____ <input type="checkbox"/> (domicile) : _____ (bureau) : _____	Email personnel : _____
--	-------------------------

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Votre enfant a-t-il déjà participé à un séjour de vacances de la FMG ? Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de naissance : _____ Âge : _____ : _____

Orphelin de militaire de la gendarmerie Orphelin de père et mère

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...)

Enfant nécessitant des besoins particuliers d'encadrement (TSA, DYS, TDAH et TDI)

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/tourisme

Date : _____ Signature du demandeur _____