



DEMANDE DE SÉJOUR EN CENTRE DE VACANCES DE JEUNES

à transmettre à cellule.cvj@fondationmg.fr
Tél : 01 89 11 86 85- 86 87

RÉSERVE À LA FMG

Date de réception

N°demande

Revenu fiscal de référence /
nombre de parts

Tarif

Réduction /
Frais spp

Joindre la copie du dernier avis d'imposition et dernier bulletin de solde
(pour les enfants de ressortissants en activité)

DATES

NOM DU CENTRE

du _____

au _____

TRANSPORT*

*pour le préacheminement des villes de province
voir nos **Conditions Générales de Vente & transport des enfants**

ALLER

- PARIS (Ma)
 PROVINCE* _____
 CONDUIT SUR LE CENTRE

RETOUR

- PARIS (Ma)
 PROVINCE* _____
 CONDUIT SUR LE CENTRE

- Formation PSC** / Croix-Rouge Française, avec un coût supplémentaire de 30 €. Cette formation est uniquement disponible au centre d'Arcachon (33).
 ***En cas de besoin, je me porte volontaire pour assurer le convoyage d'enfants (frais pris en charge par la FMG)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

- Ressortissant
 Non ressortissant

Qualité : (Père / Mère / Tuteur ...)

Situation familiale :

- Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Vie maritale Pacsé(e)

Tél (personnel) : _____ Tél (professionnel) : _____

Tél (domicile) : _____ Tél (bureau) : _____

Email personnel : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT RESSORTISSANT (membre ouvrant droit)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Lien avec le participant :

- Père Mère Beau-père Belle-Mère
 Gd père Gd mère Tuteur Oncle
 Tante Ami(e)

Donateur Régulier

- En activité (précisez l'unité) _____ Réserviste
 Nigend : _____ Non activité (pour raison médicale : clm)
 Retraité depuis : _____ Décédé(e) le : _____

Tél (personnel) : _____ Tél (professionnel) : _____

Tél (domicile) : _____ Tél (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 : _____ Téléphone : _____

- Orphelin de militaire de la gendarmerie Orphelin de père et mère

Problèmes médicaux / Recommandations particulières :

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

- 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/tourisme

Date : _____

Signature du demandeur