



# 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](http://www.fondationmg.fr/tourisme)

Date : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur