



# Demande de séjour

dans un établissement familial  
de la fondation Maison de la Gendarmerie

Cadre réservé à la Fondation

N° de décision :

Pièce(s) jointe(s)

- fournir l'avis d'imposition n-1     Autres pièces (carte invalidité...)     Carte Pro

## Renseignements sur le ressortissant

- Officier, Sous-officier, Civil     GAV     Retraité(e)     Veuf / Veuve     Réserviste opérationnel

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Personnel : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_ N° immatriculation du véhicule : \_\_\_\_\_

E-mail Pro : \_\_\_\_\_ E-mail perso : \_\_\_\_\_

## Choix de l'établissement (mentionner l'ordre de préférence)

<input type="checkbox"/> Lège-Cap-Ferret	<input type="checkbox"/> Hendaye	<input type="checkbox"/> Argelès-sur-Mer	<input type="checkbox"/> Roquefort-la-Bédoule	<input type="checkbox"/> Saint-Aygulf	<input type="checkbox"/> Chamonix
<input type="checkbox"/> Chalet	<input type="checkbox"/> Mobil-home	<input type="checkbox"/> Pavillon	<input type="checkbox"/> Studio	<input type="checkbox"/> Pension complète	<input type="checkbox"/> Pension complète
<input type="checkbox"/> Mobil-home		<input type="checkbox"/> Chalet	<input type="checkbox"/> Studio t+	<input type="checkbox"/> Demi-pension	<input type="checkbox"/> Demi-pension
<input type="checkbox"/> Canada			<input type="checkbox"/> Appart. 4 pers.	<input type="checkbox"/> Chambre nuitée	<input type="checkbox"/> Chambre nuitée
<input type="checkbox"/> Kiwi			<input type="checkbox"/> Appart. 4/6 pers.	Nombre de chambre	Nombre de chambre
<input type="checkbox"/> Camping			<input type="checkbox"/> Appart. 2/4 pers. conf.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Appart. 4/6 pers. conf.		<input type="checkbox"/> Vue sur le Mont-Blanc
			<input type="checkbox"/> Appart. 6/8 pers. conf.		

## Periodes souhaites (3 choix possibles)

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ | Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ | Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

## Assurance annulation

- Oui     Non

## Participants au séjour

Nom / Prénom du ressortissant :	Sexe	Date de naissance	NIGEND ou N°FMG
_____	_____	_____	_____
Nom(s) / Prénom(s) des accompagnants :	Sexe	Date de naissance	Lien de parenté avec le ressortissant
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Personne à prévenir en cas d'accident (pour les personnes seules)  
Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone :

Signature obligatoire du ressortissant  
à :

Le :