



# 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

### TRANSPORT\*

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

du \_\_\_\_\_

au \_\_\_\_\_

#### 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



## 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	TRANSPORT*	
du _____ au _____	_____ <b>Activité à cocher</b> <input type="checkbox"/> ski (tous niveaux) <input type="checkbox"/> ski (confirmé) <input type="checkbox"/> snow (pas de débutant)	<b>ALLER</b> <input type="checkbox"/> PARIS (Ma) <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> CONDUIT SUR LE CENTRE	<b>RETOUR</b> <input type="checkbox"/> PARIS (Ma) <input type="checkbox"/> PROVINCE* _____ <input type="checkbox"/> CONDUIT SUR LE CENTRE

\*pour le préacheminement des villes de province

voir nos **Conditions Générales de Vente & transport des enfants**

\*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 : \_\_\_\_\_

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

Tél (personnel) : \_\_\_\_\_ Tél (professionnel) : \_\_\_\_\_ Email personnel : \_\_\_\_\_

Tél (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél (bureau) : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT 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"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Gd mère <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Tante <input type="checkbox"/> Oncle	<input type="checkbox"/> Donateur Régulier <input type="checkbox"/> En activité (précisez l'unité) _____ 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 : _____
---	--	--

Tél (personnel) : \_\_\_\_\_ Tél (professionnel) : \_\_\_\_\_ Email personnel : \_\_\_\_\_

Tél (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél (bureau) : \_\_\_\_\_

## 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 Taille : \_\_\_\_\_ m Pointure : \_\_\_\_\_

### Niveau en ski alpin

#### Débutant

n'a jamais skié

#### Niveau ESF connu

- Ourson  3<sup>ème</sup> étoile  
 Flocon  Étoile d'argent  
 1<sup>ère</sup> étoile  Étoile bronze  
 2<sup>ème</sup> étoile  Étoile d'or  
 autres (ex. Piou piou / marmotte...)

Préciser : \_\_\_\_\_

#### Niveau estimé

- Virage chasse neige  
 Virage skis parallèles  
 Virage godille

### Niveau snowboard

Niveau ESF connu

Préciser : \_\_\_\_\_

Niveau estimé

Préciser : \_\_\_\_\_

**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