

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

## 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 :			
_____	_____	_____	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 : \_\_\_\_\_