

DEMANDE DE SÉJOUR EN CENTRE DE VACANCES DE JEUNES

À transmettre à cellule.cvj@fondationmg.fr
avec la copie du dernier avis d'imposition et du dernier bulletin
de solde (pour les enfants de ressortissants en activité).
Tél. : 01 89 11 86 85 / 01 89 11 86 87.

Réserve à la Fondation Maison de la Gendarmerie		
Date de réception	N°demande	
RFR / Nb de parts	Tarif	Réduc. / Frais spp

DATES

du _____
au _____

NOM DU CENTRE

TRANSPORT*

*pour le préacheminement des villes de province
voir nos CGV & transport des enfants

ALLER

- ☐ Paris (Ma)
☐ Province* _____
☐ Conduit sur le centre

RETOUR

- ☐ Paris (Ma)
☐ Province* _____
☐ Récupéré sur le centre

- ☐ Formation PSC / Croix-Rouge Française, avec un coût supplément 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 Fondation Maison de la Gendarmerie)

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. (pers.) _____	Tél. (bur.) _____
Tél. (dom.) _____	Tél. (prof.) _____
Email (pers.) _____	

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)	☐ En activité (précisez l'unité) _____ ☐ Retraité depuis : _____
☐ Donateur Régulier	☐ Réserviste ☐ Non activité (pour raison médicale : CLM) ☐ Décédé(e) le : _____
Tél. (pers.) _____	Tél. (bur.) _____
Tél. (dom.) _____	Tél. (prof.) _____
Email (pers.) _____	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Votre enfant a-t-il déjà participé à un séjour de vacances de la Fondation Maison de la Gendarmerie ? ☐ 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 ☐ TDI
☐ Notification MDPH

Nombre de frères et sœurs participant à un centre de vacances de la Fondation Maison de la Gendarmerie : _____
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 Maison de la Gendarmerie.

Je certifie l'exactitude des informations données ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des tarifs et conditions générales de vente sur notre site : <https://www.fondationmg.fr/colo>

Date : _____

Signature du demandeur