



DEMANDE DE SÉJOUR EN CENTRE DE VACANCES DE JEUNES

à transmettre à cellule.cvj@fondationmg.fr
Tél : 01 89 11 86 85- 86 - 87

Joindre la copie du dernier avis d'imposition et dernier bulletin de solde
(pour les enfants de ressortissants en activité)

RÉSERVE À LA FMG

Date de réception

N°demande

Revenu fiscal de référence /
nombre de parts

Tarif

Réduction /
Frais spp

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* _____
☐ 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 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 ☐ 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 : <https://www.fondationmg.fr/colo>

Date : _____

Signature du demandeur