

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 du domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. (pers.) _____ Tél. (portable) _____ N° immatriculation du véhicule _____

Email (pers.) _____ Email (Pro) _____

CHOIX DE L'ÉTABLISSEMENT (MENTIONNER L'ORDRE DE PRÉFÉRENCE)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lège-Cap-Ferret	Hendaye	Argelès-sur-Mer	Roquefort-la-Bédoule	Saint-Ayulf	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre de chambre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Camping			<input type="checkbox"/> Appart. 2/4 pers. conf.		
			<input type="checkbox"/> Appart. 4/6 pers. conf.		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Appart. 6/8 pers. conf.		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 :	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 : _____