

VACANCES FAMILIALES  
**DEMANDE DE SÉJOUR**  
& Remboursement de séjour ou transport

MATRICULE	NOM		PRÉNOM	
ATTACHE	At ou Sce poste:	TÉL.: DOMICILE /PORT.	EMPLOI	COEFFICIENT

à compléter si modification ou première inscription

ADRESSE

**LE SÉJOUR**

Catalogue - Organisme - Vol : VILLERS SUR MER Page(s) : .....

Destination, 1er choix : RESIDENCE CASTELLARE du 25/09 au 27/09

2ème choix : ..... du ..... au .....

Entourer la case choisie

<input checked="" type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> 1/2P	<input type="checkbox"/> Loc	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> 1/2P	<input type="checkbox"/> Loc	<input type="checkbox"/> Autre

PERSONNES DESIRANT PARTIR ( reporter en ligne 1, le nom du demandeur, s'il participe à la prestation)

NOM	PRÉNOM	DATE de NAISSANCE	Lien de Parenté	HS / INV

**TARIF DÉGRESSIF:** Selon vos revenus et sur présentation de votre **FEUILLE d'IMPOT**, vous pourrez éventuellement bénéficier d'une subvention supplémentaire de 5,10, 15, 20, 25, 30, 35,

Voulez-vous souscrire auprès du prestataire, une **ASSURANCE** Annulation, vous permettant d'obtenir le remboursement de votre séjour, voyage, en cas d'empêchement majeur:

oui  non

AYANT PRIS CONNAISSANCE DES MODALITÉS d'INSCRIPTION, de PAIEMENT, d'ANNULATION

**J'OPTÉ pour le PAIEMENT** (cocher la case du mode de paiement souhaité)

**COMPTANT**  
Le séjour devra impérativement être soldé 1 MOIS avant le départ.

**ÉCHELONNE**, En .... retenues égales (1 à 4).  
Soit par chèques datés et déposés avec cette demande,  
Soit prélevés sur un Compte Bancaire (RIB à joindre à cette demande),  
Soit avec une Carte Bancaire (accord sur 4 mois maximum).  
Quelle que soit la date d'inscription, la facture devra être soldée Impérativement 1 MOIS après le retour du séjour.

Avez-vous des particularités à nous signaler ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le(a) salarié(e) s'engage sur l'exactitude des informations renseignées.

Cadre réservé au Service

Chèque d'Acompte(20%) versé

**SIGNATURE du DEMANDEUR**

**SIGNATURE**

ANNULATION,  
Le..... 2020

N° d'inscription	Revenu imposable Nb de parts	Remis le
------------------	---------------------------------	----------

Cette demande est effective dès son dépôt auprès du service