



DEMANDE DE SÉJOUR VACANCES APV

Période : du au 2 chambres 175 € 3 chambres 210 €
(+ Assurance annulation 15 €)

CHOIX :

N° 1 - lieu : Camping :

N° 2 - lieu : Camping :

N° 3 - lieu : camping :

Titulaire du séjour – Agent/Retraité CARSAT ET SERVICE MEDICAL :

NOM et Prénom :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Tél. perso/Port (**obligatoire**) :

Email prof. :

Email perso. :

Agent Carsat Retraité(e) Carsat (ou invalidité)

Agent Service Médical Retraité(e) Service Médical

Immatriculation du véhicule (obligatoire)

Animaux : Non Oui - Si oui, préciser la race et le poids :

RÉSIDENTS :

NOMS et Prénoms des résidents (demandeur compris)

Date naissance (obligatoire)

1 :

2 :

3 :

4 :

5 :

6 :

Date de la demande :

Date de réception au C.E. :

Signature :