COMITE D’ENTREPRISE

De la Carsat Auvergne

*------------------------------------ 5, Rue Entre les deux villes -----------------------------------*

 *63036 CLERMONT-FD Cedex 9*

*Téléphone :* ***04-73-42-82-98*** *- Fax. :* ***04-73-42-88-78***

### @mail : contact@ce-carsat-auvergne.fr

 **DEMANDE DE SEJOURS VACANCES APV**

***Période : du ……………………… au …………………………. ❑ 2 chambres 146€ ❑ 3 chambres 174€***

 + Assurance annulation 10€ 2 mois avant le départ

CHOIX :

N° 1 – lieu : ………………………………………..……………………………… Camping : ………………………………..

N° 2 – lieu : ………………………………….…………………………………… Camping : …………………………………

N° 3 – lieu : …………………………………………………….………………… camping : …………………………………

Titulaire du séjour – agent CARSAT / SM :

NOM et Prénom : ……………………………………………………………………………………

Adresse personnelle : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal : ………………………………………………. Ville : ……………………………………….

Tél. perso. : …………………………

 Port.(obligatoire)  : ……………………………

Email perso. : ………………………….…………….

Immatriculation du véhicule (obligatoire)…………………………………………………………………………………………….

Animaux : ❑ Non ❑ Oui – Si oui, préciser la race et le poids : ……………………………………………………

RESIDENTS :

|  |  |
| --- | --- |
|  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 :