

DOSSIER ARRIVÉ LE : .....

R | | | | | |

LIÉ À : | | | | | |

N° | | | | | |

**Lieu de séjour****Guébriant** (Plateau d'Assy) **Dates de séjour souhaitées***(du samedi au samedi)***Choix 1** : du | | | | | | au | | | | | |**Choix 2** : du | | | | | | au | | | | | |**Choix 3** : du | | | | | | au | | | | | |**Nombre de personnes** \_\_\_\_\_Profession du demandeur :  
.....Profession du conjoint :  
.....**Demandeur**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le | | | | | |

**Adresse**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bâtiment \_\_\_\_\_ Escalier \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone (*travail*) | | | | | | | | | | | |Téléphone (*domicile*) | | | | | | | | | | | |Téléphone (*portable*) | | | | | | | | | | | |Mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Personnes participant au séjour, y compris le demandeur**

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Âge à la date du séjour	Lien de parenté avec le demandeur
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

**Dans le cas d'enfants séjournant avec des personnes autres que le père ou la mère :**

- Nous fournir :  un courrier des parents confiant la responsabilité de leur(s) enfant(s) à l'accompagnant,  
 et un courrier de l'accompagnant acceptant la prise en charge du (des) enfant(s).

Le jour de votre arrivée, l'accueil au Village vacances est assuré à partir de 18 h.

La fin du séjour est fixée le dernier jour, après le repas de midi, avec libération des chambres avant 10 h.

Une caution de 50 € (chambre et matériel prêté) vous sera demandée à votre arrivée au Village.



Vous souhaitez partager votre logement avec une autre personne ou famille (qui établit une réservation de son côté).

Merci de préciser son nom : .....

Vous souhaitez un logement adapté aux personnes à mobilité réduite

(possible uniquement à Guébriant, sur présentation d'un justificatif)

Mise à disposition d'un lit bébé, type parapluie (uniquement pour les enfants de moins de 3 ans)

Oui

Non

## Aide aux vacances

Si vous bénéficiez de l'aide aux vacances familiales (AVF), souhaitez-vous qu'elle soit déduite de ce séjour ?

Oui\*  Non

Caisse de : ..... Numéro d'allocataire : .....

\*Si oui, nous fournir l'original de la notification de la Caf.

Avez-vous déjà séjourné dans les Villages vacances du Conseil départemental ?

Oui  Non

## Observations

.....  
.....

Je certifie exacts les renseignements fournis par la présente demande. J'ai pris connaissance des conditions générales de vente, du règlement intérieur des Villages vacances et je m'engage à les respecter. (Voir site Internet)

À..... Le..... Signature

Envoyer cette demande de séjour dûment remplie avec l'avis d'imposition 2019 (sur les revenus 2018) à :  
**Monsieur le Président du Conseil départemental • Hôtel du Département  
DJSVVM • SAR Réservation Villages vacances • 94054 Créteil Cedex**

contact : [secteur.village@valdemarne.fr](mailto:secteur.village@valdemarne.fr)

 [villages-vacances.valdemarne.fr](http://villages-vacances.valdemarne.fr)