

Centre de vacances Le Néouvielle

Rue du Grand Pré
65170 Saint-Lary Soulan
Tél : 05 62 39 43 88 – Fax : 05 62 39 40 01
E mail : fjmleneouvielle@orange.fr

FICHE DE RESERVATION

(Toutes les rubriques doivent être complétées)

Mode de paiement des arrhes :

- Chèque ci-joint
- CB (par téléphone à réception de la fiche)
- Chèque-vacances ci-joint
- Virement (RIB fourni à réception de la fiche)
- Mandat-cash

CADRE A REMPLIR EN MAJUSCULES

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>
Nom _____		
Prénom _____		
Adresse _____		

CP L L L L L Ville : _____		
• Numéro de téléphone domicile : _____		
• Numéro de téléphone portable : _____		
• Numéro de téléphone professionnel : _____		
• E-mail professionnel : _____@_____		
• E-mail domicile : _____@_____		

Informations concernant le demandeur *Joindre : un justificatif professionnel, votre dernier avis d'imposition (ressortissant MI), une enveloppe timbrée.*

Ressortissants :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Police | <input type="checkbox"/> Défense |
| <input type="checkbox"/> Préfecture | <input type="checkbox"/> Gendarmerie |
| <input type="checkbox"/> Administration centrale (MI) | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> ADOSOM |

EN ACTIVITE - EN RETRAITE - Catégorie : A B C

Votre séjour

Dates : du/...../..... matin après-midi
 au/...../..... matin après-midi

Votre séjour thématique (à préciser) _____

Nombre de personne(s) _____

Code séjour (le cas échéant) :

Formule de séjour

Formule hôtelière : Pension complète Séjour cure (3 semaines en pension complète)

Formule locative: Studio 6 place Séjour cure (location 3 semaines)

Une assurance annulation vous est proposée, si vous le souhaitez, par notre assureur GAN. Le formulaire est à télécharger sur notre site Internet.

Personnes participant au séjour *(inscrire tous les participants, y compris le demandeur)*

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de Naissance jour/mois/année	Lien de parenté avec le demandeur	Période de séjour du.../.../... au .../.../...
1.				demandeur	
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Animal. Nombre à préciser : ...

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : M. Mme Tél. : _____

Engagement

Je soussigné M./Mme..... déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche, certifie avoir pris connaissance des conditions générales de séjours en vigueur et les accepte sans restriction.

Signature obligatoire du demandeur :

« Lu et approuvé »

Date :

Informatique et libertés : Les informations recueillies dans ce formulaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la FJM et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. (Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés)

Toute fiche ou dossier incomplet ne pourra être pris en compte.