

DEMANDE DE BON VACANCES DÉPARTEMENTAL
À REMPLIR PAR LA FAMILLE et à retourner aux PEP
utilisable 21 jours par année civile

NOM et prénoms du représentant légal

Adresse

Code postal..... Commune.....

Employeur du père

Employeur de la mère

Nom et prénoms de l'enfant

Né (e) leAge :

Séjour choisi

Dates du séjour : du..... Au

Durée du séjour..... Prix du séjour.....

Allocataire ☐ CAF ou ☐ MSA Quotient familial.....

Montant aide ☐ CAF des Landes ou ☐ MSA par jour.....

Montant aide CAF autre département par jour.....

Aide du Comité d'entreprise : ☐ NON ☐ OUI Montant par jour.....

Nom du C. E. :.....

Aide Commune : ☐ NON ☐ OUI Montant par jour

Aide des services sociaux : ☐ NON ☐ OUI Montant

Nom de l'organisme. :.....

Signature du responsable :