

# **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) le ..... Age : .....

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 :*

*Signature du responsable :*