

Document à remettre à votre CMCAS

En main propre ou par Mail

SEJOURS A DIMENSION SANTE

Vacances Aînés

Date : le,.....

Je souhaite être contacté(e) par ma CMCAS Oui : Non :

1- Ouvrant-Droit

Madame : Monsieur :

Nom :

Prénom :

NIA :

Numéro de téléphone:

Email :@.....

2- Personne intéressée par des Vacances « Aînés »

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....: Age :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....