

# DEMANDE INDIVIDUELLE DE RESERVATION DANS UNE MAISON DE REPOS

A RETOURNER A L'UBFT, 20 RUE D'AGUESSEAU  
75008 PARIS - TEL : 01 44 51 52 00

NOM DE FAMILLE : .....

PRÉNOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE : .....

RESSORTISSANTS :

NON-RESSORTISSANTS :

MEMBRE N° .....

VEUVE DE GUERRE

CONJOINT N° .....

COMITÉ D'ENTENTE

CONJOINT SURVIVANT N° .....

AUTRE ANCIEN COMBATTANT

ENFANT ADULTE N° .....

INVITÉ

PETIT-ENFANT ADULTE N° .....

ARRIÈRE-PETIT-ENFANT

ETABLISSEMENT CHOISI

NOMBRE DE CHAMBRES A 1 LIT

NOMBRE DE CHAMBRES A 2 LITS

MOUSSY

.....

.....

COUDON

DUREE DU SEJOUR

DEBUT DE PERIODE

FIN DE PERIODE

.....

.....

.....

PARTICIPANTS AU SEJOUR :

LE DEMANDEUR PARTICIPE-T-IL AU SEJOUR . OUI NON

LE CONJOINT PARTICIPE-T-IL AU SEJOUR OUI NON

ENFANTS A CHARGE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARENT OU AMI ACCOMPAGNANT UN MEMBRE EXCLUSIVEMENT

NOM

PRENOM

.....

.....

.....

.....

DATE

.....

SIGNATURE

.....