



# SEJOURS D'ENFANTS

Comité Social du Personnel  
du Pays de Martigues

- Centre de vacances avec hébergement
  - de 13 ans       + de 13 ans
- Centre de vacances spécialisé pour handicapés
- Centre de loisirs sans hébergement
  - Journée       ½ journée
- Centre Familial de vacances ou Gîte
  - Pension complète     ½ pension     Location
- Séjour dans le cadre du système éducatif
  - De 5 à 21 jours     21 jours max.
- Séjour linguistique
  - de 13 ans       + de 13 ans

**Adhésion COS obligatoire**

Nom et Prénom de l'Agent : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

(voir fiche de paie)

Position statutaire :     Titulaire       Stagiaire       Contractuel

Situation familiale :     Célibataire       Vie maritale       Séparé(e)       Veuf(ve)  
                                    Marié(e)       Pascé(e)       Divorcé(e)

**Renseignements concernant le conjoint :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu du séjour : _____				
Nom et Prénom de l'enfant ou des enfants	Date de Naissance	Début du séjour	Fin du Séjour	Nombre de jours

**Tout dossier incomplet vous sera retourné**

Fait à MARTIGUES, le \_\_\_\_\_

Signature

# ATTESTATION DE SÉJOUR

(à compléter à la fin du séjour par l'Organisme d'accueil)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable de l'Organisme : \_\_\_\_\_

◆ **CERTIFIE** avoir accueilli l'(es) enfant (s) :

à \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT OU DES ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	PÉRIODE		NOMBRE DE JOURS	SOMME PAYÉE PAR ENFANT	RÉSERVÉ AU COS		
		DÉBUT	FIN			N° de saisie	Code	Nombre de jours

◆ **ATTESTE** avoir perçu directement :

- de la famille : \_\_\_\_\_ €
  - de la CAF : \_\_\_\_\_ €
  - d'autres organismes : \_\_\_\_\_ €
- soit au TOTAL : \_\_\_\_\_ €

## ◆ **AGRÉMENT DU SÉJOUR**

- Ministère Jeunesse et Sports : \_\_\_\_\_
- Ministère du Tourisme : \_\_\_\_\_
- Ministère de la Santé : \_\_\_\_\_

CACHET DE L'ORGANISME  
(obligatoire)

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

## PARTIE RÉSERVÉE AU COMITÉ SOCIAL

Date de saisie : .....

Nombre de jours : .....

Montant à payer : ..... €