



Cette demande doit être réceptionnée à l'Agospap dans les **15 jours** suivant la date de retour  
à : Agospap - service Vacances - 8 rue Benjamin Constant CS-90051 75945 Paris Cedex 19

Nom : ..... | Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Identifiant (n°APH, SOI...) : ..... |  AP-HP  Etablissement conventionné

Téléphone 1 : ..... | Téléphone 2 : .....

Courriel : .....

Situation familiale :  Marié/Pacsé |  Séparé/Divorcé |  Célibataire |  Vie maritale |  Veuf(ve)

Ayants droit participant au séjour : • ..... • .....

• ..... • .....

Quotient familial (communiqué par le service juridique) : .....

Je ne fournis pas mon avis d'imposition, mon dossier sera calculé en Q1.

Nom du partenaire subventionné : .....

Dates de départ : ...../...../..... Dates de retour : ...../...../.....

RIB