

Veillez retourner le bulletin de pré-inscription
à l'adresse ci-dessous :

ANGDM
CENTRALE DE RESERVATION
110 AVENUE DE LA FOSSE 23 – CS 50019
62221 NOYELLES SOUS LENS
contact@angdm.fr

N° inscription :

N° Rubis :

REGION : NORD

COURT SEJOUR N°302

Séjour à HAUTEVILLE SUR MER
Du 25 Aout au 1^{er} Septembre 2024

1. BENEFICIAIRE DE L'ANGDM :

N° de sécurité sociale (**obligatoire**) : _____

Régime minier Autre régime

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Séparé(e) Divorcé(e)

Veuf (ve) depuis le

Modalités de Vie : Retraité sans activité professionnelle
 vous aidez une personne en perte d'autonomie (*) vous vivez chez un tiers

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____@_____

Téléphone (**obligatoire**) fixe et / ou portable : _____ Portable : _____

Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence (obligatoire) : _____

2. PERSONNE ACCOMPAGNANTE : CONJOINT(E) (*) AIDANT(E) ACCOMPAGNANT(E)

N° de sécurité sociale (**obligatoire**) : _____

Régime minier Autre régime

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Séparé(e) Divorcé(e)

Veuf (ve) depuis le

Modalités de Vie : Actif Retraité sans activité professionnelle
 vous aidez une personne en perte d'autonomie (*) vous vivez chez un tiers

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____@_____

Téléphone (**obligatoire**) fixe et / ou portable : _____ Portable : _____

Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence (obligatoire) : _____

3. Transport : Transport collectif en autocar Transport individuel

Veillez choisir votre point de ramassage :

<input type="checkbox"/> Bruay-la-Buissière (place de l'Europe)	<input type="checkbox"/> Douai (place du Barlet)
<input type="checkbox"/> Vendin Le Vieil (Parking face à Lenshotel)	<input type="checkbox"/> Valenciennes (parking Auchen coté Drive, avenue du général Horne)
<input type="checkbox"/> Noyelles-Godault (centre commercial Auchan, parking face à la station essence)	<input type="checkbox"/> Auchel (rue Léon Blum, résidence des roses)
<input type="checkbox"/> Nœux-les-Mines (rue Léon Blum, parking boulangerie Louise)	<input type="checkbox"/> Noyelles-Sous-Lens (parking Intermarché)
<input type="checkbox"/> Somain (parking Intermarché sortie 8, boulevard Louise Michel)	

Une convocation vous sera adressée par l'autocariste, avant votre départ, précisant le lieu et l'horaire exact de ramassage.

3. Précisions pour votre séjour

Vous souhaitez partager votre chambre avec : (Nom - Prénom) _____

Vous souhaitez partir avec une personne non inscrite sur cette feuille **sans partager la chambre** :

NOM : _____ PRENOM : _____

Chambre individuelle

Vous souhaitez une chambre individuelle moyennant un supplément (cette chambre ne peut vous être accordée que dans la limite des disponibilités du centre de vacances.)

Si pas de possibilité d'avoir une chambre individuelle :

Vous acceptez de partager la chambre avec un autre bénéficiaire de l'ANGDM

Vous n'acceptez pas de partager la chambre

Pièces à joindre pour chaque participant : tout dossier incomplet ne sera pas traité

- Avis d'imposition complet recto-verso 2023 sur les revenus 2022.
- Copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- L'exemplaire du programme sénior en vacances ANCV complété et signé
- Si vous êtes accompagné(e)s de votre enfant adulte handicapé et qu'il possède son propre avis d'imposition, celui-ci devra être transmis à l'ANGDM.
- Si votre situation financière a changé en cours d'année 2022 ou 2023 (un mariage, concubinage, veuvage...) toutes les déclarations devront être transmises à l'ANGDM.

ATTENTION AUX DEMANDES DE PIECES SUIVANTES :

- Une attestation de votre assurance indiquant que vous êtes couverts au titre d'une assurance responsabilité civile
- (*) 1- vous déclarez être aidant d'un enfant adulte handicapé ou d'une personne en perte d'autonomie ou d'une personne à mobilité réduite, vous devez fournir une attestation sur l'honneur justifiant de votre engagement en tant qu'aidant familial et mentionnant le nom de la personne aidée ou une attestation sur l'honneur élaborée par la personne que vous aidez mentionnant votre nom. Vous devez également joindre l'une des attestations suivantes : notifications GIR (APA) ou AAH ou carte d'invalidité ou carte « Station debout pénible » de la personne que vous aidez.
- 2- Si vous êtes accompagné par votre aidant professionnel, une copie de son contrat de travail en cours de validité ou une attestation de l'employeur devra être jointe à la présente demande

Après l'instruction de votre dossier, vous serez avisé de l'attribution de votre séjour par courrier ainsi que du montant à régler.

4. **Pour le bon déroulement de votre séjour, vous devez compléter les informations ci-dessous :**

<p>Vous êtes le bénéficiaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Régime Alimentaire : _____</p> <p>Vous vous déplacez à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une canne</p> <p><input type="checkbox"/> d'un déambulateur <input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des difficultés à monter les escaliers</p> <p>Vous souffrez d'une déficience : <input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> auditive</p>	<p>Vous êtes conjoint(e), accompagnant(e), aidant(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Régime Alimentaire : _____</p> <p>Vous vous déplacez à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une canne</p> <p><input type="checkbox"/> d'un déambulateur <input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des difficultés à monter les escaliers</p> <p>Vous souffrez d'une déficience : <input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> auditive</p>
--	--

5. **Merci de préciser vos souhaits en cochant les propositions :**

Vous autorisez l'ANGDM à utiliser votre mail pour l'envoi d'informations et offres de services :

OUI NON

Vous souhaitez recevoir le catalogue des vacances **2025** uniquement par mail :

OUI NON

6. **Vous atteste sur l'honneur :**

- avoir pris connaissance des informations ci-dessus
- l'exactitude des renseignements portés sur le présent document
- répondre aux obligations sanitaires en vigueur au moment du séjour

Fait à _____ Le : _____ Signature :