

Veuillez 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**  
**vacances.centrale@angdm.fr**

**N° inscription :**

**N° Rubis :**

**REGION : NORD**

**SORTIE 353**

**ST VALERY SUR SOMME**

**Le Lundi 24 JUIN 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 :  Actif                       Retraité

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) :** \_\_\_\_\_

**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

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

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

4. **Pièces à joindre pour chaque participant**

➤ Avis d'imposition complet recto-verso 2023 sur les revenus 2022, valable pour toute l'année en cours et pour toutes futures demandes dans l'année (**1 seul envoi par an**).

➤ 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 2023 ou 2024 (un mariage, concubinage, veuvage...) toutes les déclarations devront être transmises à l'ANGDM.

**A noter, pour un enfant adulte handicapé rattaché fiscalement, la copie de la notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées devra être jointe à la demande.**

**Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité.**

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

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

**Vous êtes le bénéficiaire :**

- Allergies : \_\_\_\_\_
- Régime Alimentaire : \_\_\_\_\_
- Vous vous déplacez à l'aide :  d'une canne
- d'un déambulateur  d'un fauteuil roulant
- Vous avez des difficultés à monter les escaliers
- Vous souffrez d'une déficience :  visuelle  auditive

**Vous êtes conjoint(e), accompagnant(e), aidant(e) :**

- Allergies : \_\_\_\_\_
- Régime alimentaire : \_\_\_\_\_
- Vous vous déplacez à l'aide :  d'une canne
- d'un déambulateur  d'un fauteuil roulant
- Vous avez des difficultés à monter les escaliers
- Vous souffrez d'une déficience :  visuelle  auditive

6. **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

7. **Vous attestez sur l'honneur :**

- avoir pris connaissance des informations ci-dessus
- l'exactitude des renseignements portés sur le présent document
- respecter les recommandations sanitaires en vigueur au moment de la sortie

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature :