

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](mailto:contact@angdm.fr)  
03 21 79 48 48

N° inscription :

N° Rubis :

**REGION : GRAND SUD S.Est (Gard) COURT SEJOUR N°703**  
**CARQUEIRANNE (83) du 15 JUIN 2024 au 22 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 :  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"/> BESSEGES	<input type="checkbox"/> SAINT JULIEN LES ROSIERS
<input type="checkbox"/> PONT DE GAMAL	<input type="checkbox"/> LA GRAND COMBE
<input type="checkbox"/> SAINT AMBROIX	<input type="checkbox"/> CENDRAS
<input type="checkbox"/> LES MAGES	<input type="checkbox"/> ALES
<input type="checkbox"/> SAINT FLORENT SUR AUZONNET	<input type="checkbox"/> NIMES
<input type="checkbox"/> LE MARTINET	

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

4. **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 OBLIGATOIREMENT au bulletin d'inscription : se référer à la notice.**

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  
Autre : \_\_\_\_\_

**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  
Autre : \_\_\_\_\_

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 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 :