

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
03 21 79 48 48

N° inscription :

N° Rubis :

REGION : GRAND SUD S.Est (Hérault)

COURT SEJOUR N°705

PORT BARCARES (66) du 29 JUN 2024 au 6 JUILLET 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"/> LODEVE	<input type="checkbox"/> AGDE (autoroute)
<input type="checkbox"/> SAINT ANDRE DE SANGONIS	<input type="checkbox"/> GRAISSESSAC
<input type="checkbox"/> CLERMONT L HERAULT	<input type="checkbox"/> BEDARIEUX
<input type="checkbox"/> MONTPELLIER	<input type="checkbox"/> LE BOUSQUET D ORB
<input type="checkbox"/> BEZIERS (autoroute)	<input type="checkbox"/> PAULHAN
<input type="checkbox"/> SETE (autoroute)	

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 :**

<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>Autre : _____</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> <p>Autre : _____</p>

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 :