

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 : GRAND SUD, Sud-Ouest(Aveyron/Tarn)**  
**JOURNEE A CAHORS**

**SORTIE n° 756**  
**le Jeudi 22 juin 2023**

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

**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

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"/> ALBI	<input type="checkbox"/> RODEZ
<input type="checkbox"/> CARMAUX	<input type="checkbox"/> AUBIN
<input type="checkbox"/> CAGNAC LES MINES	<input type="checkbox"/> DECAZEVILLE
<input type="checkbox"/> BLAYE LES MINES	<input type="checkbox"/> FIRMI

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 2022 sur les revenus 2021, 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 2022 ou 2021 (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 :**

<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>
---	---

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 **2024** 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
- répondre aux obligations sanitaires en vigueur au moment du séjour

Fait à \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature :