

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
contact@angdm.fr

N° inscription :

N° Rubis :

REGION : GRAND SUD, Sud Est (Var et BdR) SORTIE n° 760
DEJEUNER SPECTACLE CABARET LA COUR ROYALE le jeudi 30 novembre 2023

1. BENEFCIAIRE 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"/> FREJUS | <input type="checkbox"/> TRETS |
| <input type="checkbox"/> LE MUY | <input type="checkbox"/> MEYREUIL |
| <input type="checkbox"/> LE LUC | <input type="checkbox"/> GREASQUE |
| <input type="checkbox"/> BRIGNOLES | <input type="checkbox"/> GARDANNE |
| <input type="checkbox"/> SAINT MAXIMIN | <input type="checkbox"/> BIVER |
| | <input type="checkbox"/> AIX EN PROVENCE |

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 :**

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

| |
|---|
| Vous êtes conjoint(e), accompagnant(e), aidant(e) : |
| <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Régime Alimentaire : _____ |
| Vous vous déplacez à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une canne |
| <input type="checkbox"/> d'un déambulateur <input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant |
| <input type="checkbox"/> Vous avez des difficultés à monter les escaliers |
| Vous souffrez d'une déficience : |
| <input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> 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 **2024** 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 de la sortie

Fait à _____ Le : _____ Signature :