

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 :

1. BENEFICIAIRE DE L'ANGDM :

N° de sécurité sociale (**obligatoire**) : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

Veuf (ve) depuis le Modalité de Vie : Chez un tiers

Régime minier Autre régime Actif Retraité

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**) : _____

Nom (marital) : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

Veuf (ve) depuis le Modalité de Vie : Chez un tiers

Adresse : _____

Régime minier Autre régime / Actif Retraité / **Téléphone (obligatoire) :** _____

Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence (obligatoire) : _____

3. Autres participants au séjour

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Régime	Actif, Retraité ou Autre (préciser)
			<input type="checkbox"/> minier <input type="checkbox"/> autre	
			<input type="checkbox"/> minier <input type="checkbox"/> autre	
			<input type="checkbox"/> minier <input type="checkbox"/> autre	

4. Inscrivez vos choix ci-dessous par ordre de préférence.

IMPORTANT : Pour les séjours d'une semaine proposés dans le catalogue, possibilité de cumuler deux séjours consécutifs. **Merci de bien le préciser sur ce bulletin.**

Ordre de préférence	N° Séjour	Centre de vacances	Date de début	Date de fin
Choix N° 1				
Choix N° 2				
Choix N° 3				

5. Choix du mode de transport : Modalités indiquées en bas de page de chaque destination du catalogue.

Transport collectif organisé par l'ANGDM

Transport individuel

6. Précisions pour votre séjour

- Vous souhaitez partager votre chambre avec : (Nom - Prénom) _____
- Vous souhaitez participer au séjour 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 n'acceptez pas de partager la chambre
- Vous acceptez de partager la chambre avec un autre bénéficiaire de l'ANGDM, uniquement pour les séjours à St Gildas de Rhuy **soit** :
- en chambre Twin (lits séparés dans la même pièce)
- en duplex : à l'étage **OU** au rez-de-chaussée

Les couples seront automatiquement en chambre double

7. 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 (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 2021 ou 2022 (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.

8. Pour le bon déroulement de votre séjour, vous devez compléter les informations ci-dessous afin que l'agence puisse vous proposer une destination, un transport, une chambre adaptée à vos besoins...

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

Autres spécificités (chambre PMR, lit médicalisé, soins infirmiers...) : _____

9. Merci de préciser vos souhaits en cochant les propositions :

Vous souhaitez recevoir des informations sur les courts séjours/sorties organisés dans votre région : OUI NON

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

Vous attestez sur l'honneur : • avoir pris connaissance des informations ci-dessus

• l'exactitude des renseignements portés sur le présent document

Fait à _____ Le : _____ Signature :