

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 : _____

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 : _____

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

Adresse : _____

Régime minier Autre régime / Actif Retraité / **Téléphone 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 : Les séjours en partenariat avec VTF sont proposés uniquement aux ressortissants du régime minier (affiliés et/ou pensionnés) et leur(s) accompagnant(s), inscrits sur le même bulletin et partageant la même chambre.

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

Vous souhaitez participer au séjour :

« Personnes à Mobilité Réduite » à St Gildas du **21 mai au 03 juin 2022**

- Préciser le n° **805** pour la région **Nord** dans le tableau n°4
- Préciser le n° **905** pour la région **Est** dans le tableau n°4

Attention, séjour réservé aux bénéficiaires domiciliés dans la région Est et Nord uniquement

« Clin deuil » du **26 mars au 8 avril 2022** (préciser le n°**901** dans le tableau n°4)

« Bien-être » du **09 au 22 avril 2022** (préciser le n°**902** dans le tableau n°4)

6. 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 - Prénom)
- _____

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

7. Vos revenus

Vous avez déjà participé à un séjour ou à une sortie avec l'ANGDM :

OUI

Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de nous transmettre la copie des avis d'imposition ou de non-imposition 2021 sur les revenus 2020 sauf si :

- 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 (un mariage, concubinage, veuvage...) toutes les déclarations devront être transmises à l'ANGDM.

NON

Le présent formulaire d'inscription devra être retourné accompagné de la copie des avis d'imposition ou de non-imposition 2021 sur les revenus 2020 mentionnant les revenus déclarés de tous les participants au séjour.

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...

Allergies : _____ Régime alimentaire : _____

Vous vous déplacez à l'aide de : d'une canne d'un déambulateur d'un fauteuil roulant

Vous ne pouvez pas monter d'escalier Vous souffrez d'une déficience visuelle

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 **2023** 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 :

Vos données personnelles sont traitées par l'ANGDM dans le cadre de ses missions et peuvent être transmises à ses partenaires. Au titre de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données de l'ANGDM, soit par voie postale à l'ANGDM 110 avenue de la fosse 23 CS 50019 - 62221 Noyelles sous Lens, soit par mail à dpo@angdm.fr.

Notre politique de protection des données est consultable à l'adresse suivante : <https://www.angdm.fr/Politique-de-protection-des-donnees-personnelles>.