

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 :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

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

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

N° de sécurité sociale : _____

Régime minier Autre régime Actif Retraité

Adresse mail : _____@_____

Téléphone fixe **obligatoire** : _____ **Portable** : _____

2. PERSONNE ACCOMPAGNANTE : CONJOINT(E) AIDANT(E) ACCOMPAGNANT(E)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

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

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

N° de sécurité sociale : _____

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 : 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	Vous souhaitez partir une semaine, cochez ici
Choix N° 1					<input type="checkbox"/>
Choix N° 2					<input type="checkbox"/>
Choix N° 3					<input type="checkbox"/>

Attention, les séjours d'une semaine sont sous réserve de places disponibles et ne sont pas prioritaires.

5. Choix du mode de transport : (se reporter à la page 14 du catalogue 2020)

Transport Collectif organisé par l'ANGDM Transport individuel (lequel) : _____

Vous souhaitez participer au séjour :

- « Personnes à Mobilité Réduite » à St Gildas du **06 au 19 juin 2020** (préciser le n° 906 dans le tableau n°4)
Attention, séjour réservé aux bénéficiaires domiciliés dans la région Est uniquement
- « Clin deuil » du 28 mars au 10 avril (préciser le n° 111 dans le tableau n°4)
- « Bien-être » du 11 au 24 avril (préciser le n°222 dans le tableau n°4)

6. Précisions pour votre séjour

- 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 Vous n'acceptez pas de partager la chambre
- 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)

7. Vos revenus

Pour les bénéficiaires de l'ANGDM, la copie des avis d'imposition ou de non-imposition 2019 sur les revenus 2018 devra être fournie dans les cas suivants :

- 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 2019 par exemple suite à un mariage, concubinage, veuvage... l'ensemble des déclarations devra être transmis à l'ANGDM.

Pour les non bénéficiaires de l'ANGDM uniquement, le présent formulaire d'inscription devra être retourné accompagné de la copie des avis d'imposition ou de non-imposition 2019 sur les revenus 2018 mentionnant les revenus déclarés de tous les participants au séjour.

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 : 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 (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 souhaitez recevoir le catalogue des vacances **2021** par mail : OUI NON

Vous autorisez l'ANGDM à utiliser votre mail pour l'envoi d'informations et offres de services : OUI NON

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

• l'exactitude des renseignements portés sur le présent document

Fait à _____ Le : _____ Signature :