

*Demande de pré-inscription – Séjours Brochure 2025*

**Pôle Production de Prestations PVL**

Veillez 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 :**

**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  vous aidez une personne en perte d'autonomie  
 Régime minier  Autre régime  Actif  Retraité  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Téléphone (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_  
 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**) : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**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.**

Ordre de préférence	N° Séjour du catalogue	Centre de vacances	Date de début	Date de fin
<b>Choix N° 1</b>				
<b>Choix N° 2</b>				
<b>Choix N° 3</b>				

Possibilité de cumuler 2 séjours consécutifs pour les séjours d'une semaine (à préciser ci-dessus)

**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 places disponibles).

### 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 Rhuys **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 2024 sur les revenus 2023, valable pour toute l'année en cours et pour toutes futures demandes (1 seul envoi par an).

➤ En cas de changement de situation en 2023 ou 2024 (mariage, concubinage, veuvage...) ⇒ joindre toutes les déclarations fiscales

➤ Vous souhaitez être accompagné(e)s de votre enfant adulte handicapé :

- il possède son propre avis d'imposition ⇒ celui-ci devra être joint à votre demande
- il vous est rattaché fiscalement ⇒ joindre la notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

En cas de dossier incomplet, votre demande ne sera pas traitée.

## 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 souhaiteriez recevoir le catalogue des vacances 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](mailto: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>.