

Demande de pré-inscription – Séjours Brochure 2026

Veuillez retourner le bulletin de pré-inscription
à l'adresse ci-dessous :

ANGDM
Pôle Production de Prestations APIL
110 AVENUE DE LA FOSSE 23 – CS 50019
62221 NOYELLES SOUS LENS
contact@angdm.fr

N° inscription :

N° Rubis :

1. BENEFICIAIRE DE L'ANGDM : (Retraité(e) titulaire d'une pension versée par le régime des mines)

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 ☐ Vous aidez une personne en perte d'autonomie

Téléphone (**obligatoire**) : _____

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

Adresse mail : _____ @ _____

2. ACCOMPAGNANT : ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant ☐ 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 ☐ Vous aidez une personne en perte d'autonomie

Adresse (si différente de celle du bénéficiaire) : _____

☐ Régime des mines ☐ 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)
			☐ minier ☐ autre	
			☐ minier ☐ autre	

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

Ordre de préférence	N° Séjour du catalogue	Destinations	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 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 2025 sur les revenus 2024, valable pour toute l'année en cours et pour toutes futures demandes (1 seul envoi par an).
- En cas de changement de situation en 2024 ou 2025 (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 êtes malvoyant(e)

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 êtes malvoyant(e)

☐ Demandes spécifiques (chambre PMR, lit médicalisé, soins infirmiers...) : _____

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

Vous souhaitez recevoir les informations sur les séjours et sorties organisés près de chez vous : ☐ 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

1. Vous atteste sur l'honneur :

- avoir pris connaissance de l'ensemble des informations relatives au séjour et des conditions générales du catalogue
- que les renseignements fournis dans ce présent bulletin sont exacts et sincères
- disposer d'une assurance personnelle couvrant les dommages matériels ou corporels que vous pourriez causer à autrui ou aux biens mis à disposition durant le séjour
- être en mesure de fournir une attestation d'assurance sur demande de l'ANGDM.

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.gouv.fr/donnees-personnelles>.