



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

**ANGDM**  
**POLE PRODUCTION DE PRESTATIONS APIL**  
**110 AVENUE DE LA FOSSE 23 – CS 50019**  
**62221 NOYELLES SOUS LENS**  
[contact@angdm.fr](mailto:contact@angdm.fr)  
**03 21 79 48 48**

N° inscription :

Rubis :

**Secteur Est-Bassin Houiller– Sous-secteur Saint-Avoid**  
**Court séjour n°504**  
**à BITCHE du 27 Juin au 4 Juillet 2026**

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

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 .....

Retraité  sans activité professionnelle

vous aidez une personne en perte d'autonomie

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

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

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**2. ACCOMPAGNANT :  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 .....

Adresse (si différente de celle du bénéficiaire) : \_\_\_\_\_

Affiliation :  Régime des mines  Autre régime

Activité :  Retraité(e)  Actif

Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

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

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT au bulletin de pré-inscription : se référer à la notice.**

3. **Transport** :  Transport collectif en autocar  Transport individuel

Veuillez choisir votre point de ramassage :

- SAINT AVOLD  CREUTZWALD

Une convocation vous sera adressée, avant votre départ, précisant le lieu et l'horaire exact de ramassage.

4. **Précisions pour votre séjour**

- Vous souhaitez partager votre chambre avec un (e) autre participant(e) : (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

5. **Pour le bon déroulement de votre séjour, vous devez compléter les informations ci-dessous :**

**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)

6. **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

Vous attestez sur l'honneur :

- avoir pris connaissance de l'ensemble des informations relatives au séjour et de la notice jointe au courrier  
 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 :

Conformément à l'article L. 441-6 du Code pénal, « le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu. »

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.gouv.fr/donnees-personnelles>