

Veillez 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
03 21 79 48 48

N° inscription :

Rubis :

Région EST– secteur Bassin Houiller– Sous secteur Freyming-Merlebach
Court séjour n°506
à Bitche du 29 Août au 5 Septembre 2026

1. BENEFICIAIRE 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 :

<input type="checkbox"/> Freyming-Merlebach	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

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 la personne qui vous accompagne : (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 :**

<p>Vous êtes le bénéficiaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Régime Alimentaire : _____</p> <p>Vous vous déplacez à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une canne <input type="checkbox"/> d'un déambulateur <input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des difficultés à monter les escaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes malvoyant(e)</p>	<p>Vous êtes conjoint(e), accompagnant(e), aidant(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Régime Alimentaire : _____</p> <p>Vous vous déplacez à l'aide : <input type="checkbox"/> d'une canne <input type="checkbox"/> d'un déambulateur <input type="checkbox"/> d'un fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Vous avez des difficultés à monter les escaliers</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes malvoyant(e)</p>
---	---

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.

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