******

Séniors en vacances



L’Union Départementale des Centres Communaux d’Action Sociale, organise en 2023 des voyages pour les séniors de plusieurs communes.

VOYAGE A HYERES LES PALMIERS *«hôtel club plein sud»*

Du 30 Juin au 4 Juillet 2024

A déposer au CCAS de votre commune

**AVANT LE 27 Octobre 2023**

Nombre de places limitées

Vous êtes concerné(es) si vous avez

60 ans ou plus

Tarifs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Personne non imposable** | **Personne imposable** |
| **Prix total** | 351.00€ |  545.00€ |

\*Une chambre individuelle est facturée 65€ pour la semaine (sous réserve des disponibilités de la résidence).

|  |
| --- |
| 1er participant au séjour : |

🞏 Madame 🞏 Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Mobile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

|  |
| --- |
| Situation personnelle : |

🞏 Retraité(e) 🞏 Sans activité professionnelle

|  |
| --- |
| Situation marital(e) : |

🞏 Marié(e) 🞏 Célibataire

🞏 Veuf(e) 🞏 Divorcé(e)

|  |
| --- |
| Si retraité(e), votre caisse de retraite : |

🞏 CARSAT 🞏 MSA 🞏RSI 🞏 IRCANTEC 🞏 CNRACL

🞏 Autre (précisez) :

Je souhaite partager ma chambre avec :

Je souhaite un lit double : 🞏 OUI 🞏 Non

|  |
| --- |
| 2ème participant au séjour : |

🞏 Madame 🞏 Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Mobile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

|  |
| --- |
| Situation personnelle : |

🞏 Retraité(e) 🞏 Sans activité professionnelle

|  |
| --- |
| Situation marital(e) : |

🞏 Marié(e) 🞏 Célibataire

🞏 Veuf(e) 🞏 Divorcé(e)

|  |
| --- |
| Si retraité(e), votre caisse de retraite : |

🞏 CARSAT 🞏 MSA 🞏RSI 🞏 IRCANTEC 🞏 CNRACL

🞏 Autre (précisez) :

Je souhaite partager ma chambre avec :

Je souhaite un lit double : 🞏 OUI 🞏 Non

Documents nécessaire à l’inscription :

**🞏 Carte nationale d’Identité ou Passeport** (valide)

**🞏 Attestation retraite** (régime principal)

**🞏 Dernier avis de non-imposition pour les personnes non imposables pour bénéficier de l’ANCV**

**🞏 Carte vitale et attestation mutuelle**

**🞏 Attestation de responsabilité civile** (Assurance)

**🞏 Justificatif de domicile de moins de 3 mois**

Règlement : (à remplir par l’UDCCAS)

Monsieur :

Madame :

Total : \_\_\_\_ €

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de novembre (à l’inscription 30% d’acompte)

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de décembre

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de janvier

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de février

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de mars

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois d’avril

🞏\_\_\_\_\_\_\_\_€ mois de mai

J’autorise l’UDCCAS à me prendre en photo et éventuellement les diffuser 🞏 Oui 🞏 Non

 sur le site internet de l’UDCCAS

Je m’engage à régler la totalité des versements prévus 🞏 Oui 🞏 Non

A , le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Signature :