

# Seniors en Vacances 2025

## FICHE D'INFORMATION

Nom : Prénom : .....

Conjoint ou accompagnateur : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... lieu de naissance : .....

..... / ..... / ..... lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

- Justificatifs à fournir pour la pré-inscription

Photocopie de la carte d'identité

Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023

- Montant impôt sur le revenu net imposable : ..... €
- Une aide financière est accordée à tout retraité dont le revenu net imposable est inférieur aux montants indiqués ci-dessous, ainsi qu'à toute personne rattachée à son foyer fiscal : **ATTENTION REGARDER EN FONCTION DU NOMBRE DE PART !**

NOMBRE DE PARTS	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6
Revenu net imposable											
- personne seule	16763	22410	28057	33704	39351	44928	50645	56292	61939	67586	73233
- couple marié ou pacsé	-	-	31629	37276	42923	48570	54217	59864	65511	71158	76805

- Éligible à l'aide ANCV  OUI  NON

Commune :

N°

- Justificatifs à fournir pour l'inscription définitive

Attestation d'assurance de la responsabilité civile

RIB ou paiement par chèque

Attestation APA du Conseil départemental de l'année en cours  
(pour les personnes dépendantes avec accompagnateur)

- Informations tarif du séjour

		BENEFICIAIRE	ACCOMPAGNANT
PRIX DU SEJOUR	484€		
PRISE EN CHARGE ANCV (212€)	272 €		
TRANSPORT + ASSURANCE ANNULATION	0 €		
Chambre individuelle + xx euros la semaine			
TOTAL			

- Modalités de paiements

Paiement en 1 fois pour la somme totale de .....€

Paiement en 2 ou 3 fois :

- Mois de ..... : .....€

- Mois de ..... : .....€

- Mois de ..... : .....€

Le séjour devra être payé dans son **intégralité au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2025**

# Seniors en vacances

## PARTIR PAISIBLE

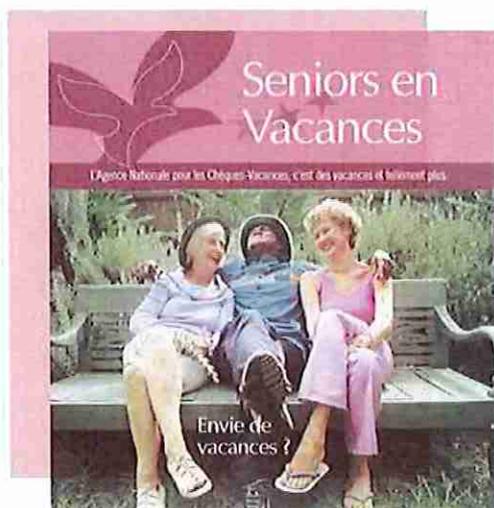
Bénéficiez vous d'un assurance rapatriement médicale ?

Oui  
Par quel biais ?.....

Non  
Sachez que le rapatriement sera à vos frais

L'assurance rapatriement prévoit de prendre en charge les frais de transport pouvant être élevés mais aussi les frais annexes apparaissant nécessaires au rapatrié.

Pensez à vos médicaments, ordonnances ...



Fait le .....

Signature :

# Fiche Médicale – Voyage Senior

## 1. Informations personnelles

- Nom : \_\_\_\_\_
  - Prénom : \_\_\_\_\_
  - Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - Adresse : \_\_\_\_\_
  - Téléphone portable : \_\_\_\_\_
  - Personne à contacter en cas d'urgence (1) :
    - Nom : \_\_\_\_\_
    - Lien de parenté : \_\_\_\_\_
    - Téléphone : \_\_\_\_\_
  - Personne à contacter en cas d'urgence (2) :
    - Nom : \_\_\_\_\_
    - Lien de parenté : \_\_\_\_\_
    - Téléphone : \_\_\_\_\_
- 

## 2. Informations médicales

- Groupe sanguin : \_\_\_\_\_
- Allergies (médicamenteuses, alimentaires, autres) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Traitements en cours (nom du médicament, posologie, heure) :  
\_\_\_\_\_
- Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commune :

N°

- Problèmes de mobilité ou besoin d'aide spécifique :

---

- Port d'un dispositif médical (pacemaker, prothèse, etc.) :

---

---

### 3. Médecin traitant

- Nom : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_

---

### 4. Couverture médicale

- Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_
- Assurance complémentaire (nom + n° adhérent) :

---

---

### 5. Autres informations utiles

- Autorisation de transmission de ces données aux secours en cas d'urgence :

Oui  Non

- Souhaitez-vous signaler un besoin particulier durant le voyage ?

---

Signature du participant :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_