

## SENIORS EN VACANCES 2026

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

N° Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

### Je serai accompagné(e) ou je partage ma chambre ou logement avec :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

N° Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### Je souhaite participer au séjour :

☐ **Séjour N°1 Les Tourelles (Cap France)**  
**du Lundi 27/04/2026 au Lundi 04/05/2026**

☐ **Séjour N°2 Les Sables d'or (Vacances Passion)**  
**du Samedi 26/09/2026 au samedi 03/10/2026**

| Lieu SEJOUR   | N°1 Les Tourelles | N°2 Les Sable d'or |
|---|-------------------|--------------------|
| <b>TARIF</b>  | <b>525.00 €</b>   | <b>525.00 €</b>    |
| <b>TARIF avec aide ANCV*</b>  | <b>298.00 €</b>   | <b>298.00 €</b>    |
| <b>UNIQUEMENT SI DISPONIBILITÉ<br/>nombre limité de chambre seule :</b> | <b>94.00 €</b>    | <b>94.00 €</b>     |

*Assurance annulation : en fonction des assurances souscrites par les centres de vacances, les frais vous seront remboursés, minorés le cas échéant d'une éventuelle franchise ou d'un barème en fonction des motifs et de la date d'annulation.*

Je souhaite participer aux 2 voyages si des places sont disponibles et je m'acquitterai  
☐ des frais de transports à hauteur de 125€/personne sur le second voyage.

\*En 2026 l'aide financière de l'ANCV pour les retraités dont le revenu imposable, mentionné sur l'avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 était inférieur à :

| NOMBRE DE PARTS         | 1      | 1,5    | 2      | 2,5    | 3      | 3,5    | 4      | 4,5    | 5      | 5,5    | 6      |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Revenu net imposable    |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| - personne seule        | 17 066 | 22 814 | 28 563 | 34 311 | 40 060 | 45 808 | 51 557 | 57 305 | 63 054 | 68 802 | 74 551 |
| - couple marié ou pacsé | -      | -      | 32 199 | 37 948 | 43 696 | 49 445 | 55 193 | 60 942 | 66 690 | 72 439 | 78 187 |

### **Modalités de paiements :**

- 1<sup>er</sup> voyage possibilité de régler en 1 ou 2 fois par **chèques à l'ordre** de :  
**Régie de recettes du CCAS de Liverdun ou par virement** (RIB ci-dessous).
- 2<sup>ème</sup> voyage possibilité de régler en 1, 2 ou 3 **fois par chèque à l'ordre** de :  
**Régie de recettes du CCAS de Liverdun ou par virement** (RIB ci-dessous).

TRESOR PUBLIC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers,  
appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)

Identifiant national de compte bancaire - RIB

| Code banque | Code guichet | N° compte   | Clé |
|-------------|--------------|-------------|-----|
| 10071       | 54000        | 00002014318 | 57  |

| Domiciliation |
|---------------|
| TPNANCY       |

IBAN (International Bank Account Number)

|      |      |      |      |      |      |     |
|------|------|------|------|------|------|-----|
| FR76 | 1007 | 1540 | 0000 | 0020 | 1431 | 857 |
|------|------|------|------|------|------|-----|

| BIC (Bank Identifier Code) |
|----------------------------|
| TRPUFRP1                   |

Titulaire du compte :  
CCAS DE LIVERDUN  
REGIE DE RECETTES  
MAIRIE SERVICE FINANCES  
1 PLACE FRANÇOIS MITTERRAND  
54460 LIVERDUN

Pour plus d'informations : Espace Solidarités/CCAS de Liverdun 8, rue de la Gare 54460 Liverdun  
Téléphone : 03.83.24.60.60. Mail : [seniors@ville-liverdun.fr](mailto:seniors@ville-liverdun.fr)

## A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT

### PERSONNE N°1 :

Retraité(e) : ☐ oui ☐ non

Familiale : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e)

Cas particulier : ☐ Handicapé(e) ☐ Perte d'autonomie (Gir 1-6)

### PERSONNE N°2 :

Retraité(e) : ☐ oui ☐ non

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e)

☐ Handicapé(e) ☐ Perte d'autonomie

☐ Aidant familial ☐ Aidant professionnel (en cas de perte d'autonomie ou de handicap)

### JE SOUHAITE RESIDER EN

☐ Chambre Individuelle (sous réserve de disponibilité et critère de priorité).

☐ Chambre double.

☐ Chambre à partager. **Je m'engage à partager la chambre ou les parties communes avec la personne désignée (ou le logement avec les personnes désignées).**

☐ J'ai des restrictions (pas d'étage ou douche adaptée). :

---

**En cas de besoin lors du séjour, personne à contacter (famille ou ami):**

**Nom Prénom :** .....

**Lien de parenté ou autre :** .....

**N° de téléphone :** .....

Liverdun, le.....

Signature :

**Document à fournir pour l'inscription définitive,**

**Un rendez-vous individuel vous sera donné une fois les inscriptions cloturées**  
**(Attention cette année tous les documents sont exigés)**

- ❑ La photocopie du dernier avis d'imposition 2025 pour les revenus 2024. (que vous soyez imposable ou non) : mentionnant le versement des pensions de retraite
- ❑ La photocopie de chaque participant en cours de validité.
- ❑ Attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année 2025 (couvrant la période du séjour).
- ❑ Un moyen de paiement : uniquement chèque(s) ou virement(s) possible.
- ❑ Le justificatif d'invalidité, de handicap AAH ou Perte d'autonomie (Gir 2 à 6).
- ❑ La fiche sanitaire obligatoirement complétée sous enveloppe fermée comportant mon nom

## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à communiquer au personnel médical en cas d'accident grave et d'avoir un référent à contacter.

Elle évite éventuellement de se munir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

**Sexe :** ☐ féminin ☐ masculin    Date de naissance : ..../..../.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro sécurité social : .....

**Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |      |
| Ou DT Polio          |     |     |                | Covid               |     |     |      |
| Ou Tétracoq          |     |     |                | Autres              |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

### II - Renseignements médicaux :

Est-ce que je dois suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?

☐ oui    ☐ non

Si oui, précisez les **médicaments** et éventuellement la posologie :  
(joindre ordonnance)

.....  
.....

**Portez-vous une prothèse ou un élément métallique intra corporel**

☐ oui    ☐ non

**Quel est votre groupe sanguin ?** ☐A    ☐B    ☐AB    ☐O

**et le facteur rhésus :**                      ☐Rh+    ☐Rh-

Allergies : médicamenteuses

☐ oui    ☐ non

Asthme

☐ oui    ☐ non

Alimentaires

☐ oui    ☐ non

Autres

☐ oui    ☐ non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....

### III - Recommandations utiles :

Précisions utiles (porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires régime alimentaire particulier, etc... ?

Pour plus d'informations : Espace Solidarités/CCAS de Liverdun 8, rue de la Gare 54460 Liverdun

Téléphone : 03.83.24.60.60. Mail : [seniors@ville-liverdun.fr](mailto:seniors@ville-liverdun.fr)

.....  
.....  
**IV – Personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom :

.....  
Tél. Fixe/portable : ..... Travail : .....

Nom médecin traitant : .....

Tél médecin traitant : .....

Je soussigné, .....

**Déclare les informations ci-contre exactes et autorise / n'autorise pas** (rayer la mention inutile)  
le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical,*  
*hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de la personne.

**Date :**

**Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :**