

## Dossier d'inscription **EHF**

### Aides aux Projets Vacances 2025

Nom du Référent du projet (aidant principal de la famille) : .....

Qualité : .....

Contact (Téléphone et / ou Courriel) : .....

**Signature :**

*En signant, je certifie sur l'honneur  
l'exactitude des informations déclarées.*

Pour que votre dossier puisse être examiné, il est impératif que toutes les rubriques soient dûment complétées.

Tout dossier déposé après le début du séjour ne sera pas recevable

#### Cadre réservé à l'UFCV

N° de dossier :

*N° d'inscription UFCV + Nom du vacancier + N° d'ordre du dossier Ex : 2598 MARTIN 12, avec espaces et sans tirets*

Service EHF

Date début séjour : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Prix du séjour (hors assurance) : .....

Nombre de nuitées : ..... (de 4 à 21 nuitées)

Montant de l'aide demandée : .....

Nom du VVF : .....

Nombre de participants au séjour : .....

#### VERIFICATION DE LA PRESENCE DES 3 PIECES

**1/ Attestation financière :**

QF 2025 : .....

*Vérifier les plafonds*

ou  RFR 2024 : ..... **Nb de parts** : .....

**2/ Attestation de handicap :**

- carte invalidité
- AAH
- AEEH
- MDPH
- courrier médecin
- autre : .....

**3/ Attestation ou copie d'une demande de co-financement :**

Présence d'une demande de dérogation :  portant sur : .....

*Dans ce cas, pensez à joindre un courrier de demande spécifique et argumenté qui sera transmis à l'ANCV.*

**Dossier remis complet à la Délégation Régionale le :** ..... / ..... / 2025

**Décision de la commission :**     Favorable     Favorable avec dérogation     Défavorable

Motif en cas d'avis défavorable : .....

Montant de l'aide accordée : ..... €

Signature du responsable de la commission :

Fait le ..... 2025, à Clermont-Ferrand

**TOUS LES CHAMPS DE CE DOSSIER SONT A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT**

*Nous ne pouvons pas saisir votre dossier si nous n'avons pas ces informations.*

### 1. LIEU DU PROJET

Environnement du lieu du séjour :  Mer  Campagne  Montagne  Ville  
 Ne sait pas

Pays du lieu du séjour :  France  Union Européenne : .....

*Les séjours hors de l'Union Européenne ne sont pas éligibles.*

Code postal du lieu de séjour : ..... Ville du lieu de séjour : .....

### 2. HEBERGEMENT

Type d'hébergement :  Village Vacances

La formule du séjour :  Gestion libre

### 3. TRANSPORT

Mode de transport principal pour se rendre sur le lieu du séjour :

Voiture  Co-voiturage  Autocar  Minibus  Train  Avion  Autre

Distance entre le domicile et le lieu du séjour :

- moins de 100 km
- entre 100 et 200 km
- entre 201 et 500 km
- entre 501 et 900 km
- plus de 900 km

### 4. BENEFICIAIRES

Composition de la famille partante :

↪ Nombre de parents partants : .....

↪ Nombre d'autres adultes de la famille partants : .....

↪ Nombre de mineurs : .....

↪ Soit au total ..... membres de cette famille qui partent dans le cadre de ce projet de vacances

## BENEFICIAIRE n°1

### Catégorie

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

### Etat civil

Genre :  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

### Type de public aidé :

Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans

Personne en situation de handicap :  oui  non

### Type de handicap :

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicapé  Maladie invalidante  
 Psychique

### Type(s) de ressources spécifiques handicap : (plusieurs choix possibles)

AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....

### Statut du bénéficiaire

En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

### Coordonnées

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

## Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

## Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

## Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |

**BENEFICIAIRE n°2****!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour****Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

**Etat civil****Genre :**  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**Type de public aidé :** Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans**Personne en situation de handicap :**  oui  non**Type de handicap :**

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicapé  Maladie invalidante  
 Psychique

**Type(s) de ressources spécifiques handicap :** (plusieurs choix possibles) AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....**Statut du bénéficiaire**En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Coordonnées**

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

## Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

## Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

## Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |

**BENEFICIAIRE n°3****!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour****Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

**Etat civil****Genre :**  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**Type de public aidé :** Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans**Personne en situation de handicap :**  oui  non**Type de handicap :**

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicape  Maladie invalidante  
 Psychique

**Type(s) de ressources spécifiques handicap :** (plusieurs choix possibles) AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....**Statut du bénéficiaire**En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Coordonnées**

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

## Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

## Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

## Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |



**BENEFICIAIRE n°4**

**!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour**

**Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

**Etat civil**

**Genre :**  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**Type de public aidé :**

Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans

**Personne en situation de handicap :**  oui  non

**Type de handicap :**

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicape  Maladie invalidante  
 Psychique

**Type(s) de ressources spécifiques handicap :** (plusieurs choix possibles)

AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....

**Statut du bénéficiaire**

En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Coordonnées**

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

### Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

### Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

### Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |

**BENEFICIAIRE n°5**

**!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour**

**Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

**Etat civil**

**Genre :**  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**Type de public aidé :**

Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans

**Personne en situation de handicap :**  oui  non

**Type de handicap :**

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicape  Maladie invalidante  
 Psychique

**Type(s) de ressources spécifiques handicap :** (plusieurs choix possibles)

AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....

**Statut du bénéficiaire**

En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Coordonnées**

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

## Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

## Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

## Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |

**BENEFICIAIRE n°6****!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour****Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap  
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

**Etat civil****Genre :**  Homme  Femme

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : ..... / ..... / .....

**Type de public aidé :** Enfant 0–15 ans  Jeune 16–25 ans  Adulte 26–60 ans  Senior +60 ans**Personne en situation de handicap :**  oui  non**Type de handicap :**

- Moteur  Mental  Visuel  
 Auditif  Polyhandicape  Maladie invalidante  
 Psychique

**Type(s) de ressources spécifiques handicap :** (plusieurs choix possibles) AAH  AEEH  APA  PCH  autre : .....**Statut du bénéficiaire**En emploi :  oui  non

Si oui, précisez : .....

**Coordonnées**

Adresse de résidence : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

## Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social                 | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT                 | <input type="checkbox"/> SDF   |
| <input type="checkbox"/> Autre                           |  |                                |

## Revenus

Types de revenus :

*Minima sociaux : AAH, RSA, ASPA, ASS, ASI, ADA, RSO, ATA*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire                | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite     |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux     | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité       | <input type="checkbox"/> Sans ressource     |   |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros : .....€

Nombre de personnes au foyer : .....

## Pratique de vacances

Dernier départ en vacances :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans   | <input type="checkbox"/> Jamais parti     | <input type="checkbox"/> NSP               |

## 5. AVANT LE SEJOUR : ACCOMPAGNEMENT

### Statut de la personne référente

- Bénévole  Salariée

### Préparation du projet

Durée de la préparation avant départ :

- moins d'une semaine avant  moins d'un mois avant  
 entre 3 et 6 mois avant  plus de 6 mois avant

Nombre de séances de préparation avant départ : .....

Modalités de la préparation :  Individuelle  Collective  Les deux

Objectifs du projet :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accès aux vacances                 | <input type="checkbox"/> Mobilisation, valorisation, estime |
| <input type="checkbox"/> Equilibre, bien-être et découverte | <input type="checkbox"/> Autonomie                          |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens familiaux   | <input type="checkbox"/> Répit                              |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens sociaux     | <input type="checkbox"/> Santé                              |
| <input type="checkbox"/> Savoir-faire                       | <input type="checkbox"/> Insertion professionnelle          |
| <input type="checkbox"/> Autre                              |   |

## BUDGET DU SEJOUR DU BENEFICIAIRE

Coût du séjour (préacheminement inclus et sans garantie annulation) : .....

**1**

Dont surcout lié au handicap : .....

SOURCES DE FINANCEMENT	
Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Personne(s) en situation de handicap : 400 € max</i>	€ <b>arrondir la somme à 0</b>
Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Membre(s) de la famille : 150€/max/pers.</i>	€ <b>arrondir la somme à 0</b>
<b>Participation du bénéficiaire</b>	€ <b>obligatoire</b>
<b>Une demande de cofinancement est obligatoire*</b> <b>Notez une estimation des sommes que vous espérez recevoir :</b>	
Financement de l'établissement/foyer	€
CAF	€
MSA	€
PCH / MDPH	€
Conseil Régional	€
Partenaires privés : mutuelles et caisses de retraite complémentaire	€
Partenaires privés : entreprises et fondations	€
Commune, dont CCAS	€
Conseil Départemental	€
Etat : ministères, agences, administration centrale	€
Europe	€
Autre, précisez : .....	€
<b>FINANCEMENT TOTAL</b>	<b>€</b>
<b>LES MONTANTS <b>1</b> et <b>5</b> DOIVENT ETRE EGAUX</b>	

**2**

**3**

**4**

**5**

**\*Obligation d'un tiers payeur, vous devez fournir obligatoirement :  
la copie de votre demande de co-financement OU une attestation de co-financement**



## **Acceptation des conditions relatives à la protection des données personnelles (RGPD)**

Les informations collectées par l'Ufcv directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion du programme Aides aux Projets Vacances. Ce traitement se fonde sur votre consentement que vous pouvez retirer à tout moment. Ces informations sont à destination des services de l'Ufcv et de l'ANCV. Ces données seront conservées pendant cinq ans suivant leur collecte.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits ou solliciter de plus amples informations concernant ce traitement, merci d'adresser votre demande à l'adresse suivante : ANCV, Délégué à la protection des données, 36 boulevard Henri Bergson, 95200 Sarcelles Cedex, accompagnée de la copie de votre pièce d'identité et d'une adresse complète électronique ou postale à laquelle nous pouvons vous répondre.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Nom du signataire (réfèrent familial remplissant le dossier) :**

.....

**Fonction :**

.....

**Pour le bénéficiaire (nom du signataire) et sa famille :**

.....

**Fait le :** .....

**Signature :**