

Dossier d'inscription individuel

Aides aux Projets Vacances 2025

Référent du projet (Instructeur du dossier) :

Qualité :

Contact (Téléphone et / ou Courriel)

Signature et/ou cachet :

*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° dossier reçu par la DR. Ex : 2598 MARTIN 12, avec espaces et sans tirets

Région UFCV :

Service Vacances Adaptées

Service Vacances Jeunes Service HandiLoisirs

Date début séjour : _____ Date de fin : _____

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

Prix du séjour (hors assurance) :

Nom du séjour :

Montant de l'aide demandée :

(cf : catalogue)

VERIFICATION DE LA PRESENCE DES 3 PIECES OBLIGATOIRES

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 : €

Fait le..... 2025, à Clermont-Ferrand

Signature du responsable de la commission :

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

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

Pays du lieu du séjour : France Union Européenne :

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

2. HEBERGEMENT

Type d'hébergement (principal, si c'est un voyage itinérant) :

- Hébergement non marchand : parents / familles / amis
- Hôtel
- Village Vacances
- Maison familiale de vacances
- Camping, mobil home, tente, bungalow...
- Auberge de jeunesse
- Gîte rural, chambre d'hôte, location
- Autre

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. BENEFCIAIRE

Genre : Homme Femme

Nom de naissance :

Prénom :

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

Type de bénéficiaire

Type de public aidé :

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

Type de handicap :

Moteur Mental Psychique
 Visuel Auditif Polyhandicape
 Maladie invalidante

Type de ressources :

Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH)
 Prestation de Compensation de Handicap (PCH)
 Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI)
 Autre

Statut du bénéficiaire

En emploi : oui non Si oui, précisez :

Coordonnées

Adresse de résidence :

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

Code postal : Ville :

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 (400 € max) | € arrondir la somme à 0 |
| Participation du bénéficiaire | € obligatoire |
| <p style="color: red;">Une demande de cofinancement est <u>obligatoire</u>*</p> <p style="background-color: yellow;">Notez une estimation des sommes que vous espérez recevoir :</p> | |
| 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 : | € |
| FINANCEMENT TOTAL | € |
| LES MONTANTS 1 et 5 DOIVENT ETRE EGAUX | |

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 du projet, instructeur du dossier) :

.....

Fonction :

Pour le bénéficiaire (Nom et prénom) :

Fait le :

Signature :