

BULLETIN D'INSCRIPTION BSV

MODE D'EMPLOI



Vérifier votre éligibilité à l'aide du Revenu Fiscal de Référence (RFR) ou du quotient familial (CAF)



Télécharger et remplir le bulletin d'inscription



Découvrir les offres disponibles sur bsv.ancv.com



Envoyer votre bulletin d'inscription rempli accompagné du règlement (chèque à l'ordre du prestataire) et des documents justificatifs à notre association.
Réponse d'acceptation du dossier sous 8 jours.



Les séjours BSV sont limités à 2 séjours par an dont un séjour mer et un séjour campagne/ville/montagne. Vous ne pouvez pas cumuler 2 semaines consécutives. Tout dossier accepté ne pourra être annulé ou modifié. Le nombre de participant au séjour doit être respecté selon le bulletin d'inscription rempli. Tout manquement à ces règles fera l'objet d'une exclusion définitive du programme.

Indicateurs	Pièces justificatives																						
Soit un Quotient Familial CAF (QF) inférieur ou égal à 1000€ (MILLE euros) sur l'année N-1	→ Attestation CAF de l'année N-1 faisant état du QF																						
Soit un Revenu Fiscal de Référence (RFR) inférieur, en fonction respectivement du nombre de parts fiscales, aux plafonds indiqués ci-dessous : <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Plafonds du RFR selon le nombre de parts fiscales</th></tr><tr><th>Nombre de parts fiscales</th><th>Plafonds du RFR en €</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>21600</td></tr><tr><td>1,5</td><td>27000</td></tr><tr><td>2</td><td>32400</td></tr><tr><td>2,5</td><td>37800</td></tr><tr><td>3</td><td>43200</td></tr><tr><td>3,5</td><td>48600</td></tr><tr><td>4</td><td>54000</td></tr><tr><td>4,5</td><td>59400</td></tr><tr><td>5</td><td>64800</td></tr></tbody></table> Quotient	Plafonds du RFR selon le nombre de parts fiscales		Nombre de parts fiscales	Plafonds du RFR en €	1	21600	1,5	27000	2	32400	2,5	37800	3	43200	3,5	48600	4	54000	4,5	59400	5	64800	→ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
Plafonds du RFR selon le nombre de parts fiscales																							
Nombre de parts fiscales	Plafonds du RFR en €																						
1	21600																						
1,5	27000																						
2	32400																						
2,5	37800																						
3	43200																						
3,5	48600																						
4	54000																						
4,5	59400																						
5	64800																						
Soit le bénéfice de la Couverture Maladie Universelle (CMU) sur l'année en cours	→ Attestation CMU de l'année en cours																						

Destination :

	CHOIX 1	CHOIX 2
DESTINATION		
DATE DE DEPART		
PENSION		
TYPE D'HEBERGEMENT		
REFERENCE ANCV*		

*la référence ANCV indiquée en haut de page, dans le cadre "informations générales"

Famille :

Responsable de la famille* :

Revenues de la famille* :

Type de famille* : monoparentale biparentale

Téléphone* :

Adresse mail* :

**obligatoire*

Participant 1 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 2 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 3 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 4 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 5 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 6 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Participant 7 :

NOM	
PRENOM	
LIEN DE PARENTE	
LIEU DE NAISSANCE	
DATE DE NAISSANCE	
SALAIRE MENSUEL	
DATE DU DERNIER DÉPART EN VACANCES Avec le programme BSV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personne en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap (auditif, visuel, mental, physique) :

Signature :

