

DESRIPTIF

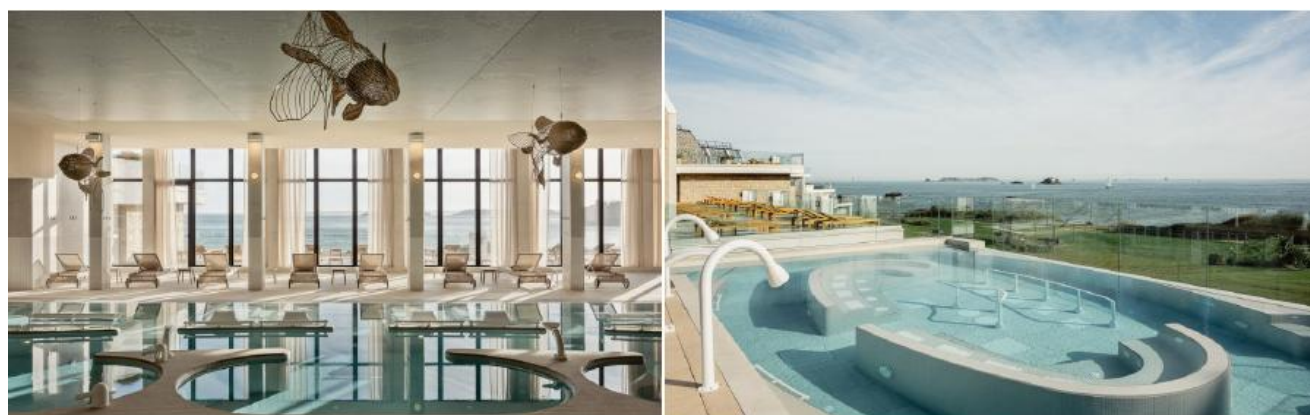
L'Asma 35 vous propose un week-end culture, détente et bien être « FULL THALASSO » avec une visite guidée de DINARD, 3 soins et accès au spa marin, sur 2 jours/1 nuit à Éméria, hôtel thalasso et spa 4 étoiles.

Samedi 14 novembre 2026 :

- 13h30 : Visite guidée de Saint Lunaire par Anne-Isabelle GENDROT (Balades armoricaines)
- 16h au plus tard : installation à la thalasso
- Accès à l'espace détente, sport et sensoriel
- 20h dîner (hors boissons) au restaurant OSens
- Nuit en chambre côté mer

Dimanche 15 novembre 2026 :

- Petit déjeuner buffet face à la mer
- Soins : Hydrorelax, bain de mer hydromassant, séance coachée en bassin d'eau de mer chaude
- Accès libre à l'espace aquatique, l'espace sensoriel et le studio sport.



Le tarif ne comprend pas : le supplément pour chambre individuelle (137 €), les boissons et le transport.

Prévoir sandales et maillot de bain.

LIEU

ÉMÉRIA Dinard - 1 avenue du Château Hébert – 35800 DINARD

DATES ET HORAIRES

Du samedi 13h30 au dimanche 12h

PRIX

Prix coûtant (sans subvention)	Prix Asma 35 (subventionné)
310 €	de 125 à 265 € (selon le quotient familial en page 2)

INSCRIPTION

Date limite de réception du dossier d'inscription : Vendredi 4 septembre 2026

Lors de votre inscription, merci de nous remettre obligatoirement les documents suivants :

1. La **fiche d'inscription** complétée (page 3)
2. La **copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2026** sur les revenus 2025 (toutes les pages) ou les deux avis d'imposition en cas de concubinage. *Si l'avis d'imposition de l'ouvrant droit n'est pas fourni, application, par défaut, du QF à 15 % de subvention.*
3. Le **règlement** par chèque(s) bancaire(s) à l'ordre de Asma 35 ou/et par chèques vacances (*envoi en recommandé si chèques vacances*)

CONDITIONS ET PRIX

CONDITION DE MISE EN PLACE DE L'ACTIVITÉ

Minimum 10 participants, maximum 30 participants.

Extrait de l'article 12 du règlement intérieur : *l'activité est automatiquement annulée si le nombre d'inscrits est inférieur à 5.*

Extrait de l'article 14 du règlement intérieur : *la liste des participants à une activité est arrêtée par la commission compétente qui veille au respect des critères de sélection applicables en cas de dépassement du nombre maximum de participants pour l'activité.*

CONDITION DE REMBOURSEMENT

Pas de remboursement possible, sauf motif justifié (médical, mutation géographique).

Extrait de l'article 16 du règlement intérieur : *les remboursements ne sont possibles que dans les deux cas suivants :*

- *Pour raison médicale sur présentation d'un justificatif,*
- *En cas de mutation géographique sur présentation de l'arrêté de mobilité.*

Ils sont effectués au prorata du nombre de séances restant à effectuer.

SUBVENTION

Les activités proposées par l'Asma 35 sont subventionnées en fonction du quotient familial (QF). La subvention selon le QF est réservée aux agents rémunérés par le ministère de l'Agriculture et aux agents de l'Audas (ASP) organisme sous convention avec l'Asma nationale, ainsi qu'à leurs ayants droit (conjoint et enfants fiscalement à charge), aux agents de l'Anses Le Rheu, organisme sous convention avec l'Asma 35, et leurs ayants droit et aux retraités du ministère de l'Agriculture et leurs ayants droit. D'autres membres de la famille ou des personnes extérieures peuvent participer aux activités, mais sans bénéficier de la subvention et en fonction des places restantes.

Quotient Familial (QF)	Tranche de QF	Taux de subvention	Montant de la réduction	Prix arrondi par personne
De 0 à 439 €	1	60%	-185 €	125 €
De 440 à 700 €	2	50%	-155 €	155 €
De 701 à 960 €	3	40%	-125 €	185 €
De 961 à 1 100 €	4	35%	-110 €	200 €
De 1 101 à 1 225 €	5	30%	-95 €	215 €
De 1 226 à 1 501 €	6	25%	-75 €	235 €
De 1 502 à 1 678 €	7	20%	-60 €	250 €
Plus de 1 678 €	8	15%	-45 €	265 €
Sans subvention	-	0%	0 €	310 €

Le QF se calcule à l'aide de l'avis d'imposition de l'année 2026 selon la formule :
$$QF = \frac{\text{Revenu fiscal de référence}}{\text{Nombre de parts fiscales} \times 12}$$

Pour le calcul du QF, ajouter 0,25 part au nombre de parts fiscales des personnes célibataires sans personne à charge, des foyers monoparentaux et des foyers comportant au moins une personne en situation reconnue de handicap (joindre justificatif).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pour plus d'informations, contacter :

Sophie PAIGNÉ-TROTIN

02 99 28 22 87

sophie.trotin@agriculture.gouv.fr

FICHE D'INSCRIPTION COLLECTIVE

COORDONNÉES DE LA PERSONNE ADHÉRENTE À L'ASMA 35

Nom _____	Prénom _____	Actif ☐	Retraité ☐
Employeur ou ancien employeur à la date du départ à la retraite	ANSES Le Rheu ☐	ASP (Audas) ☐	DDPP ☐
	DRAAF ☐	DREAL ☐	EPL St Aubin du Cormier ☐
	EPLEFPA Le Rheu ☐	L'Institut Agro Rennes-Angers ☐	DDTM ☐
		Autres (FAM, INRAE, Éducation nationale, extérieur), précisez :	

COORDONNÉES DES PERSONNES À INSCRIRE À L'ACTIVITÉ

1	Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
	Lien avec l'adhérent·e	Lui-même ☐	Conjoint/Concubin ☐
		Enfant ☐	Autre ☐
2	Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
	Lien avec l'adhérent·e	Lui-même ☐	Conjoint/Concubin ☐
		Enfant ☐	Autre ☐
3	Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
	Lien avec l'adhérent·e	Lui-même ☐	Conjoint/Concubin ☐
		Enfant ☐	Autre ☐
4	Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
	Lien avec l'adhérent·e	Lui-même ☐	Conjoint/Concubin ☐
		Enfant ☐	Autre ☐
5	Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
	Lien avec l'adhérent·e	Lui-même ☐	Conjoint/Concubin ☐
		Enfant ☐	Autre ☐

Adresse personnelle _____

Code postal _____ **Ville** _____

Tél. fixe ou portable perso. _____ **Tél. pro. direct** _____

Email pro de contact pour l'activité _____

Email perso de contact pour l'activité _____

Personne à prévenir en cas d'urgence _____ **Tél.** _____

RÈGLEMENT

Indiquez le montant total de votre participation _____ €

Paiement en 1 fois Par chèque bancaire (ordre Asma 35) ☐ Par chèques vacances (envoi en recommandé) ☐

INSCRIPTION À RENVOYER À L'ORGANISATEUR DE L'ACTIVITÉ

DRAAF Bretagne
À l'attention de Sophie PAIGNÉ-TROTIN
15 avenue de Cucillé
35047 Rennes Cedex 1

Mentionner sur l'enveloppe :
« Personnel – Confidentiel »

Votre participation ne sera enregistrée qu'après réception de tous les documents demandés en page 1

Intéressé par du covoiturage Non ☐ Oui ☐ Au départ de _____

J'autorise l'Asma 35 à diffuser les photos pour sa communication (site internet notamment) Oui ☐ Non ☐

J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus. De par mon adhésion, j'accepte sans aucune réserve tous ses termes et m'engage à les respecter.

Fait à _____ **Signature** (si personne mineure, signature du parent ou du responsable légal)

Le _____