

NOM :
PRENOM :



Association Cerebral Vaud

INSCRIPTION PROVISOIRE

Camps de vacances 2017

SEJOUR SOUHAITE				
MONTPREVEYRES1 (VD)	MONTPREVEYRES2 (VD)	SION (VS) <i>Une ou deux semaines à choix</i>	MONTPREVEYRES3 (VD) <i>Une, deux ou trois semaines à choix</i>	MONTPREVEYRES4 (VD) <i>Une ou deux semaines à choix</i>
<input type="checkbox"/> du 15 au 22 avril 2017	<input type="checkbox"/> du 1 au 8 juillet 2017	<input type="checkbox"/> du 15 au 22 juillet 2017	<input type="checkbox"/> du 30 juillet au 5 août 2017	<input type="checkbox"/> du 7 au 14 octobre 2017
		<input type="checkbox"/> du 22 au 29 juillet 2017	<input type="checkbox"/> du 5 au 12 août 2017	<input type="checkbox"/> du 14 au 21 octobre 2017
			<input type="checkbox"/> du 12 au 19 août 2017	

Priorité sera donnée aux accompagnateurs s'inscrivant à 2 ou 3 semaines consécutives

FONCTION SOUHAITEE				
MONTPREVEYRES1 (VD)	MONTPREVEYRES2 (VD)	SION (VS)	MONTPREVEYRES3 (VD)	MONTPREVEYRES4 (VD)
<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Responsable
<input type="checkbox"/> Co-responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable
<input type="checkbox"/> Accompagnant/e	<input type="checkbox"/> Accompagnant/e	<input type="checkbox"/> Accompagnant/e	<input type="checkbox"/> Accompagnant/e	<input type="checkbox"/> Accompagnant/e
<input type="checkbox"/> Aide-cuisinier/ère et aide-ménage	<input type="checkbox"/> Aide-cuisinier/ère et aide-ménage	<input type="checkbox"/> Aide-cuisinier/ère et aide-ménage	<input type="checkbox"/> Aide-cuisinier/ère et aide-ménage	<input type="checkbox"/> Aide-cuisinier/ère et aide-ménage
<input type="checkbox"/> Responsable cuisine	<input type="checkbox"/> Responsable cuisine	<input type="checkbox"/> Responsable cuisine	<input type="checkbox"/> Responsable cuisine	<input type="checkbox"/> Responsable cuisine

Suite au verso

- J'ai déjà une autorisation de conduite Cerebral et suis d'accord de conduire un bus 9 places durant le camp
- J'ai mon permis de conduire et suis d'accord de suivre l'instruction Cerebral pour conduire un bus durant le camp
- Type de permis : _____ Date du permis : _____

DONNEES PERSONNELLES	
Nom :	Prénom :
Date naissance :	Email :
Adresse :	
N° portable :	
Nationalité :	Permis de séjour :
Formation professionnelle :	
J'ai déjà participé à des camps avec des personnes handicapées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
J'ai déjà participé à des camps Cerebral Vaud ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, vacancier :	
J'ai déjà suivi le cours de formation de base Cerebral Vaud <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
J'ai déjà suivi le/les cours de formation continue Cerebral Vaud :	
J'ai déjà accompagné des personnes handicapées ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
.....	
J'aimerais plutôt accompagner <input type="checkbox"/> un enfant <input type="checkbox"/> un adulte <input type="checkbox"/> cela m'est égal	
<input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> cela m'est égal	

- J'ai pris connaissance que mon engagement comportait, en plus de mon travail durant le séjour du camp :
- une formation de base d'un jour dispensée au printemps
 - une soirée d'information avant le camp
 - une visite au vacancier dont je serai en charge avant le camp

Remarques :

Lieu et date :Signature :

A retourner à Association Cerebral Vaud, Auberge des Balances, Rte de Berne 8, 1081 Montpreveyres ou info.vd@association-cerebral.ch