

INSCRIPTION PROVISOIRE

Camps de vacances 2017

PARTICIPANT	
Nom :	Allocation impotence : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grave
Prénom :	
Date de naissance :	N° AVS :
Institution :	Groupe :
Adresse :	
Tél :	Email :
Nb nuits/ semaine à domicile :	Nb nuits / semaine à l'institution :
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

SEJOUR SOUHAITE				
MONTPREVEYRES (VD)	MONTPREVEYRES (VD)	SION (VS) <i>Une ou deux semaines à choix</i>	MONTPREVEYRES (VD) <i>Une ou deux semaines à choix</i>	MONTPREVEYRES (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 15 au 29 juillet 2017	<input type="checkbox"/> du 12 au 19 août 2017	<input type="checkbox"/> du 7 au 21 octobre 2017

Merci d'indiquer votre 1^{er}, 2^e ou 3^e choix.

Suite au verso

REPRESENTANTS LEGAUX (parents ou tuteur)	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél :	Email :

CORRESPONDANCE CONCERNANT LE SEJOUR (plusieurs réponses possibles)			
<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Institution
<input type="checkbox"/> Par mail		<input type="checkbox"/> Par courrier	

FACTURATION DU SEJOUR			
<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Institution
<input type="checkbox"/> Par mail		<input type="checkbox"/> Par courrier	

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL	
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des conditions générales annexées et je les accepte.	
Lieu, Date :	Signature :

A retourner **avant le 10 janvier 2017** à Association Cerebral Vaud, Auberge des Balances, Rte de Berne 8, 1081 Montpreveyres ou info.vd@association-cerebral.ch ou 021 691 96 83.

Association Cerebral Vaud

Secrétariat | Rte de Berne 8 | 1081 Montpreveyres | T 021 691 96 83
 info.vd@association-cerebral.ch | www.cerebralvaud.ch | CCP 10-20515-4

En étroite collaboration avec l'Association Cerebral Suisse et la Fondation suisse en faveur de l'enfant infirme moteur cérébral.