

INSCRIPTION PROVISOIRE

Camps de vacances 2019

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 manuel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fauteuil roulant électrique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Intérêt pour loisirs :

SEJOUR SOUHAITE				
CAMP DE PÂQUES	SEJOUR AU VERT	LA GRANDE VADROUILLE <i>Une ou deux semaines à choix</i>	LA GRAND'BORNE <i>Une ou deux semaines à choix</i>	CAMP D'AUTOMNE
<input type="checkbox"/> du 13 au 20 avril 2019 (Adultes)	<input type="checkbox"/> du 6 au 13 juillet 2019 (Adultes)	<input type="checkbox"/> du 20 juillet au 27 juillet 2019 (Tous)	<input type="checkbox"/> du 10 au 17 août 2019 (Tous)	<input type="checkbox"/> du 12 au 19 octobre 2019 (Enfants et jeunes)
<input type="checkbox"/> du 20 au 27 avril 2019 (Enfants et jeunes)		<input type="checkbox"/> du 27 juillet au 3 août 2019 (Tous)	<input type="checkbox"/> du 17 au 24 août 2019 (Tous)	<input type="checkbox"/> du 19 au 26 octobre 2019 (Adultes)
		<input type="checkbox"/> du 20 juillet au 3 août 2019 (Tous)	<input type="checkbox"/> du 10 au 24 août 2019 (Tous)	

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 2019** à Association Cerebral Vaud, Auberge des Balances, Rte de Berne 8, 1081 Montpreveyres ou info@cerebralvaud.ch.

Association Cerebral Vaud

Secrétariat | Rte de Berne 8 | 1081 Montpreveyres | T 021 691 96 83
 info@cerebralvaud.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.