

INSCRIPTION PROVISoire

Camps de vacances 2025

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

CAMP	DATES	DUREE	LIEU	PARTICIPANTS	Indiquez votre 1 ^{er} , 2 ^e ou 3 ^e CHOIX
Camp 1	14 au 19 avril	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	
Camp 2	21 au 26 avril	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	
Camp 3	30 juin à 5 juillet	6 jours	Montpreveyres	Pour tous	
Camp 4	7 au 10 juillet	4 jours	Montpreveyres	Pour tous	
Camp 5	12 au 17 juillet	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	
Camp 6	21 au 26 juillet	6 jours	Montpreveyres	Pour tous	
Camp 7	28 juillet au 1 ^{er} août	5 jours	Montpreveyres	Pour tous	
Camp 8	4 au 9 août	6 jours	Montpreveyres	Pour tous	
Camp 9	11 au 16 août	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	
Camp 10	1 au 5 septembre	5 jours	Montpreveyres	Adultes	
Camp 11	13 au 18 octobre	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	
Camp 12	20 au 25 octobre	6 jours	Montpreveyres	Enfants et jeunes jusqu'à 20 ans	

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

CORRESPONDANCE CONCERNANT LE SEJOUR (plusieurs réponses possibles)			
Les informations sont envoyées par mail			
<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Institution

FACTURATION DU SEJOUR			
La facture est envoyée par mail			
<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Institution

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL	
<input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance des conditions générales annexées et je les accepte.	
Il est vivement recommandé de souscrire une assurance annulation, car des frais peuvent être facturés en cas d'annulation par le participant.	
Lieu, Date :	Signature :

Ce formulaire d'inscription est aussi disponible sur notre page internet www.cerebralvaud.ch

Les inscriptions sont à retourner **avant le 10 janvier 2025** à Association Cerebral Vaud, Rte de Berne 8, 1081 Montpreveyres ou info@cerebralvaud.ch.

Les camps de Cerebral Vaud sont destinés aux membres de l'Association. Seules les demandes d'adhésion de personnes vivant avec une paralysie cérébrale sont acceptées et l'accès aux activités est accepté sous réserve d'une visite et/ou d'un jour d'essai.