



SANS LIMITES

Vers l'indépendance, malgré une infirmité motrice cérébrale

Formulaire à envoyer à:

Association Sans Limites

65 Champs aux Oies

2944 Bonfol

contact@sanslimites.ch

Inscription pour le camp d'automne 2015

Données personnelles

Nom : _____

Rue, n° : _____

Prénom : _____

NPA, lieu : _____

Date de naissance : _____

N° de téléphone : _____

N° de natel : _____

E-mail : _____

Personne de contact pendant le camp

Nom, prénom : _____

Relation (père, mère, autre...) : _____

Adresse : _____

N° de téléphone + natel : _____

Nom + téléphone médecin de famille : _____

Prière de joindre à ce formulaire d'inscription la fiche de renseignement remplie (téléchargeable sur notre site Internet www.sanslimites.ch)

Par la présente, je confirme l'inscription de la personne susmentionnée au camp qui se déroulera du 26 à 30 octobre 2015 à la salle paroissiale d'Alle et je m'engage à payer la somme de 150.- par virement ou personnellement à la thérapeute.

Lieu, date : _____

Signature du participant : _____

Pour les personnes mineures ou sous tutelle, signature du responsable _____