



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Jour(s) souhaité(s)     Lundi     Mardi     Vendredi

<b>Nom</b> :	.....	<b>Prénom</b> :	.....
<b>Né(e) le</b> :	.....	<b>à</b> :	.....
<b>Nom/Prénom du père</b> :	.....	<b>Nom/Prénom de la mère</b> :	.....
<b>Etat civil</b> :	.....	<b>Religion</b> :	.....
<b>Adresse</b> :	.....	<b>NPA/Domicile</b> :	.....
<b>Commune d'origine</b> :	.....	<b>Domicile fiscal</b> :	.....
<b><u>REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF</u></b>		<b>Curateur</b> :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Nom/Prénom</b> :	.....	<b>Degré parenté</b> :	.....
<b>Adresse</b> :	.....	<b>NPA/Domicile</b> :	.....
<b>Tél. privé</b> :	.....	<b>Tél. portable</b> :	.....
<b>E-mail</b> :	.....	<b>Informations par e-mail</b> :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b><u>REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE</u></b>			
<b>Nom/Prénom</b> :	.....	<b>Degré parenté</b> :	.....
<b><u>PROCHES</u></b> (autres que représentant administratif)			
①			
<b>Nom/prénom</b> :	.....	<b>Degré de parenté</b> :	.....
<b>Adresse</b> :	.....	<b>NPA/Domicile</b> :	.....
<b>Tél. privé</b> :	.....	<b>Tél. portable</b> :	.....
②			
<b>Nom/prénom</b> :	.....	<b>Degré de parenté</b> :	.....
<b>Adresse</b> :	.....	<b>NPA/Domicile</b> :	.....
<b>Tél. privé</b> :	.....	<b>Tél. portable</b> :	.....
<b>Médecin traitant</b> :	.....		
<b>Caisse-maladie</b> :	.....	<b>N° d'assuré</b> :	.....
<b>Caisse AVS</b> :	.....	<b>N° AVS</b> :	.....
<b>Etat de santé</b> :	.....		
<b>Remarque(s)</b> :	.....		

**Date** : ..... **Signature** : .....