

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Sexe : Garçon Fille

A REMPLIR PAR LA FAMILLE AVEC SOIN ET PRECISION

Nom des parents :
(Du tuteur ou de l'organisme responsable)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau :

Portable(s) : Adresse e-mail :

Profession du Père : Profession de la mère :

Médecin ayant prescrit la cure :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

Médecin choisi pour suivre la cure* :

Date et heure d'arrivée prévue :

Remarques diverses *(Régime, allergie, énurésie):

* Se reporter au document (jaune) fiche de liaison médicale et sociale

IMPORTANT

Je déclare :

- Avoir lu et accepter toutes les clauses du Règlement intérieur (au verso).
- Avoir une assurance responsabilité civile et « individuel accident » (à jour de mes cotisations).
- Autoriser les interventions médicales, chirurgicales ou anesthésies qui pourraient s'imposer.

Pour que l'inscription soit définitive :

- Retourner le bulletin d'inscription signé
- Joindre le montant des arrhes : 50 €
- Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse pour l'envoi de la confirmation

Lu et approuvé

Date et signature :

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT


Le Parc

Maison d'enfants
pour cures thermales
85, rue du Docteur Vincent
73190 CHALLES LES
EAUX

Tél : 04 79 72 86 82
Fax : 04 79 72 89 17
Messagerie :
leparc@maison-le-parc.com