



ASBL

Vacances pour personnes déficientes mentales jeunes et adultes valides

A renvoyer, **obligatoirement dès l'inscription, avant le départ**

**« Vacances...Aventure » asbl  
83a, avenue Albert 1er 5300 Andenne**

### **FICHE INDIVIDUELLE**

Participe à la fugue .....du.....au.....

NOM.....Prénom.....

Lieu et date de naissance.....

Adresse.....

.....

Tél ou GSM.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Joignable pendant le séjour)

Nom ..... GSM (obligatoire).....

Prénom.....

Adresse.....

.....

NATURE DU HANDICAP DE LA PERSONNE

.....

REMARQUES EVENTUELLES.....

.....

.....

.....

NOM ET N° DE TEL DU MEDECIN TRAITANT :

.....

Attestation à faire signer par le médecin :

Je soussigné( e ) Docteur .....certifie que

Mr Mme Melle .....

Peut se déplacer seul (e) et sans aide extérieure.

Ne présente pas de contre-indications médicales pour son séjour à

..... du..... au.....