**Inscription comme petit groupe pour les offres de vacances**

**de l'Association Cerebral Suisse**

(Minimum 3 à maximum 8 vacanciers-ières avec un handicap,

plus assistant-e- s et responsable du voyage)

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de vous inscrire comme petit groupe au moyen du formulaire suivant. **Merci de nous renvoyer le formulaire au plus tard d'ici au 1er janvier 2024. Les inscriptions seront priorisées en fonction de la date à laquelle nous les auront reçues.** L'Association Cerebral Suisse prend en compte vos demandes et contactera la personne responsable du groupe.

En remplissant ce formulaire, je suis conscient-e que mes données personnelles sont enregistrées par l'Association Cerebral Suisse et qu'elles peuvent être transmises à des tiers (responsables de voyage et des soins, assistant-e, hôtel, restaurant, etc.) afin d'organiser la prestation et d'en garantir la qualité. Merci de remplir les informations suivantes pour le groupe:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Notre destination souhaitée est:

|  |  |
| --- | --- |
| Type de voyage (circuit, voyage en ville - city-trip, vacances balnéaires, croisières, etc. )  |  |
|  |
| Période (durée, nombre de jours et mois): |  |
| Si possible avec la personne suivante comme responsable du voyage |  |
| Vacanciers-ières (avec un handicap) |  |
| Nom | Prénom | E-Mail | Téléphone |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| O Nous avons trouvé les personnes suivantes qui nous accompagneront comme assistant-e-s: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| O Nous n'avons pas encore trouvé d'assistant-e-s qui nous accompagneront. Si vous souhaitez que nous demandions à des assistant-e-s que vous connaissez, merci d'écrire leurs noms ici:  |
| La personne responsable du groupe est (nom, prénom, fonction, email et téléphone): |

La personne de contact confirme par sa signature le caractère définitif de cette inscription et se déclare prête à s'occuper de la coordination des vacances en collaboration avec l'Association Cerebral Suisse. |

Lieu, date et signature: