**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: