

### Participant·e

Fille     Garçon

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

École suivie et secteur : .....

Mon enfant reçoit une allocation d'impotence

Si oui :  Légère     Moyenne     Grave

Mon enfant **ne reçoit pas** d'allocation d'impotence

### Parents

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : .....

N° postal : ..... Localité : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof. : .....

Mail (**IMPORTANT**) : .....

### Dates et lieu

**Semaine A du 5 au 9 août 2024**

Lausanne     Nyon

**Semaine B du 12 au 16 août 2024**

Lausanne     Yverdon

*Il est possible de s'inscrire  
pour une ou deux semaines*

*Suite du bulletin au verso*

### Remarques

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nous souhaitons payer ..... jours au tarif de soutien de 60.- par jour

Nous souhaitons également devenir membre de l'association et  
bénéficiaire du tarif préférentiel :

cotisation annuelle de 60.-     cotisation de 80.- (tarif de soutien)

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

Pour toute nouvelle inscription, l'association prendra contact  
directement avec les parents.

**A renvoyer avant le 15 mars 2024 à :**

**Solidarité-Handicap mental** – Maupas 49 – 1004 Lausanne

*Vous pouvez également vous inscrire depuis le site internet :*  
[www.solidarite-handicap.ch/ca](http://www.solidarite-handicap.ch/ca)

*Pour toute question : 021 648 25 82*

