

Inscription

Nom:	_____	Prénom:	_____
Né(e) :	_____	No. AVS:	_____
Rue:	_____	Domicile:	_____
Lieu d'origine:	_____	Etat civil:	_____
Confession:	_____	Prêtre:	_____
Caisse maladie:	_____	Police no.:	_____
Médecin:	_____	Tél. :	_____
Adresse:	_____	Lieu:	_____
Date d'entrée:	_____	Station:	_____

Personne à contacter concernant les finances/représentant légal

Nom:	_____	Prénom:	_____
Rue:	_____	Domicile:	_____
Tél :	_____	Mail:	_____

Personne de référence

Relation avec la personne: _____

Nom:	_____	Prénom:	_____
Rue:	_____	Domicile:	_____
Tél:	_____	Mail:	_____

Relation avec la personne: _____

Nom:	_____	Prénom:	_____
Strasse:	_____	Domicile:	_____
Tél:	_____	Mail:	_____

Lieu/Date	_____	Signature	_____
-----------	-------	-----------	-------