

Centre aéré - Gan Israël
Luxembourg, été 2022

ב"ה

Photo
d'Identité

FICHE D'INSCRIPTION

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom :	
Prénom :	Prénom Hébraïque :
Né(e) le : / /	Date de Naissance Hébraïque :
Vers quelle heure est né votre enfant :	
Adresse :	
Ville :	Code Postal :
Habite chez : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
No de Sécurité sociale :	Taille de T-shirt : <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Classe (en Sept 2021) :	Ecole (en Sept 2021) :
Viendra au centre la Semaine du : <input type="checkbox"/> 18 Juillet au 22 juillet <input type="checkbox"/> 25 juillet au 29 juillet	

INFORMATION SUR LE PERE

Nom :	
Prénom :	Prénom Hébraïque :
Profession :	Employeur :
Adresse Employeur :	
Ville :	Code Postal :
Tel domicile :	Tel Bureau :
Tel Mobile :	E-mail :

INFORMATION SUR LA MERE

Nom :	
Prénom :	Prénom Hébraïque :
Profession :	Employeur :
Adresse Employeur :	
Ville :	Code Postal :
Tel domicile :	Tel Bureau :
Tel Mobile :	E-mail :

NUMERO D'URGENCE

En cas d'urgence veuillez contacter (autre que les parents de l'enfant).

Relation avec l'enfant : _____

Nom :

Prénom :

Tel domicile :

Tel Mobile :

PAIEMENT

Ci-joint la somme de _____ € : en espèces, j'effectue le virement dès aujourd'hui sur le compte bancaire de Chabad Lubavitch du Luxembourg B.C.E.E.: LU50 0019 2155 9944 7000.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme _____ responsable de l'enfant _____

- ✓ Autorise mon enfant à suivre et à participer à toutes les excursions et activités organisées par la direction du centre.
- ✓ Autorise le responsable du centre à faire soigner mon enfant suivant les prescriptions du médecin du centre, s'il n'a pu me joindre.
- ✓ Autorise mon enfant à voyager dans le bus du centre pour se rendre aux activités ou dans la voiture du responsable du centre en cas d'urgence.
- ✓ Atteste être assuré pour les dégâts matériels et dommages physiques causés par mon enfant.
- ✓ Autorise le centre à prendre mon enfant en photos ou à les filmer, pour ses publications.

Date: ___/___/_____ Signature: _____

SONDAGE

Comment avez-vous entendu parler du centre aéré ? _____

Peut-on vous communiquer les infos du G.I.L. par : E-mail SMS WhatsApp