

ATELIER DE SAVOIRS – RODRIGUES

Formulaire d’application pour les bénéficiaires

Admission

1. Nom : -----

2. Prénom :
.....
.....

3. Adresse : Tel :
.....

4. Sexe : Age :
..... 5.Date de naissance :
..... ID No. :

6. Ecole fréquentée/Groupe/ Organisation :

<u>ECOLE/INSTITUTION</u>	<u>NOM ETADDRESS</u>	<u>NIVEAU</u>	<u>ANNÉE</u>

7. As-tu déjà travaillé ? Oui Non Si oui, quel travail :
.....

8. Formation choisie :
.....

9. Situation de santé/allergie ? :

.....

10. Consentements des parents :

Je, soussigné donne mon accord à mon
fils/ma fille de

participer à l'Atelier de Savoirs, projet de Rodrigues Regional Youth Council. Je dégage
toute responsabilité du Rodrigues Regional Youth Council en cas d'accident survenant
pendant des activités de l'Atelier, tout en sachant que le Rodrigues Regional Youth Council
prendra les précautions nécessaires pour la sécurité de mon fils/ma fille.

**A NOTER :Chaque parent devra souscrire pour son enfant une assurance individuelle et
responsabilité civile.**

Date :

.....

Signature du parent