



Reconnue d'utilité générale

Déclaration sur l'honneur

A qui de droit

Nous soussignés parent(s) ou tuteur(s) de
(Rayer les mentions inutiles)

(Prénom et Nom de l'enfant)

Confirmons avoir lu et compris "LE REGLEMENT D'UN RÊVE AVEC GALADERÊVES" et avoir répondu au mieux par rapport à nos connaissances à ce jour quant à notre enfant.

Nous joignons à ce formulaire un certificat médical datant de moins de 3 mois du médecin qui suit notre enfant et qui précise la pathologie, l'état actuel de notre enfant et qui stipule qu'il peut néanmoins réaliser son rêve avec l'Association Galadéréves.

Prénom

Nom

Date :

Signature Parent(s) ou tuteur(s)

Faire précéder de la mention manuscrite «Lu et Approuvé»

Prénom

Nom

Date :

Signature du ou des représentant(s) légal(aux)

Faire précéder de la mention manuscrite «Lu et Approuvé»

43 rue Camille Claudel 31320 CASTANE-TOLOSAN

Tél. : 06 08 66 62 01 /@ : galadereves@gmail.com

« Nous croyons que chacun à la hauteur de ses moyens, peut « faire sa part » pour soutenir les enfants »

ASSOCIATION LOI 1901 - JO DU 30 AOÛT 2022 N°20220035 - Annonce 501

Reconnue d'utilité générale

SIRET N° 918 70 096 00010 - RNA N° W313036766