

## Fiche d'inscription du Cours

Nom du cours : **Urban Training**

**Dates 2021** : Lundis 3, 10, 17, 31 mai, 7, 14 juin

**Horaires** : 14h00 – 15h00

**Lieu** : Rendez-vous au Parc de Milan, 1007 Lausanne

**Coût** :  50.- CHF les 6 séances ou  10.- par séance

**Coordonnées du/des participant/s :**

|                   | <b>Personne atteinte par le cancer</b>                            | <b>Proche (accompagnant, conjoint)<br/>A remplir par le proche s'il participe au cours</b> |
|-------------------|---|--|
|                   | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur                          |
| Nom               |   |  |
| Prénom            |   |  |
| Adresse           |   |  |
| NPA et localité   |   |  |
| Email             |   |  |
| Date de naissance |   |  |
| Téléphone         |   |  |
| Portable          |   |  |

**A répondre par la personne atteinte de cancer :**

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié au cours des 10 dernières années de prestations de l'AI (perruques, prothèses, réadaptation professionnelle, etc.) ?

oui                       non

Etes-vous en âge AVS ?

oui                       non

Etes-vous en traitement actuellement ?

oui                       non

Etes-vous suivi par un assistant social de la LVC ?

oui                       non

Si oui, quel est son nom ? .....

**Participation**

Afin de garantir, l'accessibilité au plus grand nombre de personnes, il est possible de suivre la session de cours au maximum deux semestres consécutifs.

**Païement**

La LVC vous remercie de vous acquitter de la finance du cours dès l'inscription.

IBAN CH47 0024 3243 4832 0502 B - Ligue vaudoise contre le cancer – 1003 Lausanne.

**Confidentialité des données**

Nous attirons votre attention sur le fait que ce cours est cofinancé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). En vous inscrivant, vous acceptez que la Ligue contre le cancer enregistre vos données personnelles (prénom, nom, date de naissance et, le cas échéant, la mesure AI qui vous a été octroyée ou à votre personne de référence) dans un registre statistique et les communique à l'OFAS en cas d'audit.

J'ai pris connaissance des conditions de participation

Date : .....

Signature : .....