

**DOC 2 : INSCRIPTION – ENGAGEMENT STAGE/SEJOUR TAXIBROUSSE**

Stage/Séjour Sénégal - année scolaire 2018-2019 – Mouvement de Jeunesse  
A envoyer à [beatricegobbe@taxibrousse.be](mailto:beatricegobbe@taxibrousse.be)

**Données personnelles**

Nom - Prénom	
Fonction	
Mouvement de Jeunesse	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Localité :</li> </ul>	
Adresse E-mail ( <b>obligatoire</b> ) !!! Lisibilité	
Téléphone <ul style="list-style-type: none"> <li>Domicile</li> <li>GSM</li> </ul>	

**Renseignements Camp**

Mouvement de Jeunesse	
Localité	
Date :	Camp prévu du                      au
Composition du groupe : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nombre d'encadrants :</li> <li>○ Nombre de jeunes participants :</li> </ul>	Type d'activités souhaitées : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Camp Chantier</li> <li>○ Camp Animation</li> <li>○ Camp mixte</li> </ul>

**Explications du Projet :**

**Divers et/ou particularités :**

**Je soussigné(e) : Nom et Prénom : ..... Fonction :**

- **Confirme par la présente l'inscription au camp au Sénégal du                    au                    organisé par Taxibrousse.**
- **Déclare avoir été informé(e) des conditions de ce stage : ROI – Procédures – Coût...**
- **Déclare avoir reçu l'autorisation des autorités de référence**

**Je m'engage à**

- ☞ renvoyer ce document dûment complété, daté, signé et scanné par e-mail **avant le 01 avril 2019 !!!**
- ☞ respecter tous les articles du ROI (Règlement d'Ordre Intérieur), les échéances, les procédures prévues (assurances – commande de prestations logistiques...) et les paiements requis.
- ☞ faire en sorte de faire respecter le ROI par l'ensemble du groupe
- ☞ participer aux activités de préparation prévues par Taxibrousse
- ☞ verser sur le compte de Taxibrousse le montant de **99 €** = droit d'inscription et ce **au plus tard le 01 avril 2019 également, en respectant les consignes de paiement :**

**ASBL Taxibrousse – Rue Léopold III, 4 – 6280 Gerpennes – Belgique**

**IBAN : BE88 9790 8828 3341 - BIC ARSPBE22 XXX**

**Communication : Taxibrousse Médical + mois de votre stage + Nom et Prénom du (de la) stagiaire**

**Date :**

**Signature :**