

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE

NOM : PRENOM :

IMPERATIF : Si vous venez seul, personne à joindre en cas d'urgence et n° de téléphone

.....

Je viens pour la 1^{ère} fois

Dans ce cas, nous préciser si vous êtes médecin infirmier (e) aide-soignant(e) Merci.

Je pourrais être parrainé(e) par :

NOM Prénom

Je peux parrainer : NOM Prénom

Vos souhaits

Cochez soigneusement :

Le service du restaurant

ou :

Le service des malades dans les chambres.....

- Participer à leur toilette → Pas pour les mineurs
- Faire le ménage.....

ou :

Le service du matériel..... (entretien et préparation du matériel pour cérémonies)

Le service Piscine, limité à 3 après-midi **et uniquement si nous sommes assez nombreux pour assurer les services chambre, restauration et ménage** (une formation sur place sera nécessaire, même pour les anciens)

Je peux assurer une garde de jour → Pas pour les mineurs

Je peux assurer une garde de nuit..... → Pas pour les mineurs, ni la 1^{ère} année

Quel autre concours pouvez-vous apporter ?

Musicien (instrument) :

Autre

Reçu fiscal

A remplir impérativement si vous souhaitez recevoir un reçu fiscal au titre de l'année 2026

Je, soussigné, certifie renoncer expressément au remboursement des frais ci-dessus, et les abandonner au profit de l'Hospitalité de Touraine sous forme de don.

A le

Signature