

Nom prénom :

Adresse :

.....

Code postal – ville :

Téléphone :

E-mail :

ASRCA LSF
144 rue des Capucins
51100 REIMS

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

afin de bénéficier du tarif « proche d'un sourd », certifie sur l'honneur être parent(e) d'une personne sourde.

Lien de parenté avec cette personne :

Ses nom et prénom :

Son adresse :

.....

J'ai bien conscience que toute fausse déclaration de ma part pourrait entraîner un remboursement de la différence basée sur le tarif « individuel » pour toute formation effectuée.

Fait le

A

« fait pour servir et valoir ce que de droit »

.....

Signature :