

SIEGE SOCIAL : Barrière - Meyo, Ydé IV
Rue 8.437-Mfoundi – Cameroun
BP/PoBox: 13 912 Yaoundé
Site web : www.hopforall.org
Mail: contact@hopforall.org
Tél : +237 693 96 47 17-672 36 44 22

Photo 4x4



FICHE D'ENROLEMENT DES ENFANTS ORPHELINS/VULNERABLES HOP FOR ALL ®

Identification

Nom : _____ Prénoms _____
Né le ___/___/___ à _____ Age _____
Nationalité _____
Région : _____ Départemen _____
Situation actuelle : Orphelin (e). Si oui ! de Père ou de mère
 Enfant vulnérable. Si oui, expliquez la nature de la vulnérabilité _____

Scolarisé (e) : Oui Non. Si oui quel niveau/classe _____
Quelle école/établissement : _____
Religion : _____
Personne à contacter en cas d'urgence : _____
_____ Contact _____
Lien avec l'enfant : _____

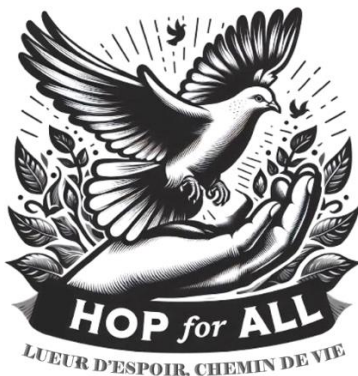
Parent ou tuteur légal

Père

Nom et Prénom : _____
Profession : _____
Contact : _____ Quartier : _____
Situation matrimoniale : Marié Non marié Divorcé Veuf

Mère

Nom et Prénom : _____
Profession : _____
Contact : _____ Quartier : _____
Situation matrimoniale : Mariée Non mariée Divorcée Veuve



SIEGE SOCIAL : Barrière - Meyo, Ydé IV
Rue 8.437-Mfoundi – Cameroun
BP/PoBox: 13 912 Yaoundé
Site web : www.hopforall.org
Mail: contact@hopforall.org
Tél : +237 693 96 47 17-672 36 44 22

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné Mme/M. _____

Parent/tuteur légal de _____

Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et accepte que HOP FOR ALL[®] fasse usage, pour le compte de ses activités d'entraide et d'assistance sociale, de mes données renseignées ci-dessus. J'accepte également que, dans le cadre d'entraide et d'assistance sociale, HOP FOR ALL[®] dispose de toutes mes informations et coordonnées de mes ayants-droit, elle est tenue de respecter la réglementation en matière de protection des données personnelles en vigueur, et ne doit communiquer ces données à qui que ce soit, ni les exploiter pour une utilisation autre que celle de la seule prestation concernée. Cependant, je suis conscient que toute déclaration mensongère, frauduleuse et autre annule purement et simplement ma demande d'assistance et dégage HOP FOR ALL[®] de toutes responsabilités et tout engagement. /-

Je m'engage à respecter les valeurs, les objectifs et les activités de HOP FOR ALL[®]

Je reconnais avoir été informé(e) de mon droit, de rectification et de suppression des données personnelles me concernant, en cas de cessation d'assistance.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature de l'enfant

Signature du Parent/Tuteur

AVIS DU BUREAU (*cadre réservé au bureau national*)

N° ADHERENT (*cadre réservé au bureau national*)

24AFE00.....HFA