

Programme Dos Santé Lycée

Formulaire de candidature

Etablissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Section : Nombre d'élèves :

Professeur principal :

.....

Date :

Le professeur principal (NOM, Prénom, cachet de l'établissement et signature) :

- Ce formulaire n'engage ni l'établissement ni Kiné Ouest Prévention, il permet au bureau de l'association d'étudier la candidature
- Si la candidature est retenue par notre bureau vous recevrez une convention d'action, à valider par le chef d'établissement dans un délai de 30 jours.
- Les modalités de réalisation et de financement de l'action seront détaillées dans la convention qui sera adaptée en fonction de l'effectif de la section et des financements disponibles.
- La participation financière des établissements sera de 30 €/Heure et 0,70 €/km