



## VACANCES de Février 2023 du lundi 20 au vendredi 24 février

### ENFANTS 2P - 6P

### BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné-e ..... (Nom, prénom du signataire)

déclare inscrire l'enfant ..... (Nom, prénom de l'enfant)

avec son accord, à l'accueil des vacances de Février.

Prix : Selon barème de la FASe.

Pour les cinq jours :

ou le, les : lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

Je prendrai connaissance du programme d'activités et du type d'encadrement proposé.

**Je rappellerai à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par les animateurs(trices) et les moniteurs(trices) ainsi que les règles de prudence habituelles. L'équipe d'encadrement décline toute responsabilité en cas d'accident dû à une désobéissance de mon enfant.**

J'autorise mon enfant à partir en excursion avec le Centre de loisirs du Grand-Saconnex en Suisse.

**En cas d'urgence**, j'autorise les responsables du Centre de loisirs et de rencontres à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté.

Je me déclare prêt(e) à m'acquitter envers le Centre de loisirs du Grand-Saconnex des sommes qu'il aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant y compris les frais de transport.

Les renseignements que je fournis dans ce bulletin d'inscription sont complets et conformes à la vérité.

Dans le cas où votre enfant n'aurait pas fréquenté le centre aéré, la globalité de la somme sera retenue, exception faite des cas de maladie sur présentation de certificat médical.

Fait à .....

le .....

**Signature du père, de la mère, ou du représentant légal de l'enfant (1) :**

.....

(1) Biffer les mentions inutiles

# CENTRE DE LOISIRS DU GRAND SACONNEX

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS



### L'ENFANT

NOM  PRENOM   
DATE DE NAISSANCE  ECOLE FRÉQUENTÉE   
AGE  DEGRÉ SCOLAIRE

Père  Mère  Représentant légal

NOM  PRENOM

ADRESSE

N° POSTAL  LIEU  E-MAIL

N° POSTAL DE L'ADRESSE PROFESSIONNELLE  LIEU

Inscrivez dans l'ordre les numéros où l'on peut vous joindre ou joindre une autre personne de référence, en indiquant le lien avec l'enfant (ex: mère, beau-père, ami, etc, ...).

TELEPHONE 1

TÉLÉPHONE 2

TÉLÉPHONE 3

ETES-VOUS MEMBRE DE L'ASSOCIATION DU CENTRE DE LOISIRS ?  Oui  Non

ACTIVITÉS DÉJÀ SUIVIES AU CENTRE  Oui  Non

### ASSURANCES

MALADIE  ACCIDENT  RESPONS. CIVILE

### RECOMMANDATIONS UTILES À L'ÉQUIPE D'ANIMATION

#### MÉDICAL :

L'ENFANT SOUFFRE-T'IL D'UNE MALADIE, D'UNE ALLERGIE, D'UN HANDICAP?  Oui  Non

SI OUI, LESQUELS ET INDIQUEZ LES PRECAUTIONS MÉDICALES A PRENDRE

Autres : Nourriture.....

DATE DU DERNIER RAPPEL TETANOS

MEDECIN TRAITANT

NOM  PRÉNOM  TELEPHONE

L'ENFANT SAIT-IL NAGER?  Oui  Non SI OUI, EST-T'IL?  Débutant  Moyen  Avancé

AUTORISEZ VOUS L'UTILISATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT POUR NOTRE PUBLICATION INTERNE ET NOTRE SITE INTERNET ?  Oui  Non

L'ENFANT A-T-IL L'AUTORISATION DE QUITTER LE TERRITOIRE SUISSE, AINSI QUE LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES (PAPIERS D'IDENTITÉ - VISA)?  Oui  Non

FICHE REMPLIE LE:  SIGNATURE: