



# VACANCES de Pâques 2023

Du lundi 17 au vendredi 21 avril

## PREADOLESCENT.E.S DE LA 7P A LA 9CO BULLETIN D'INSCRIPTION

**Je soussigné(e)** ..... (nom, prénom du/de la signataire)

**déclare inscrire l'enfant** .....(nom, prénom de l'enfant)  
**avec son accord, au centre aéré des vacances de Pâques.**

**Prix :** Selon barème de la FASe.

**Pour la semaine complète :**

**ou le, les :** **lundi**  **mardi**  **mercredi**  **jeudi**  **vendredi**

Horaires : Accueil entre 9h-10h et 17H (début des activités à 10h).

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

**Je rappellerai à mon enfant qu'il/elle doit respecter les consignes données par l'animatrice et le moniteur 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.**

**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, 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/de la représentant-e légal-e de la/du participant-e (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 MEDICALES 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: