



VACANCES D'AUTOMNE 2020 du lundi 19 au vendredi 23 octobre

ENFANTS 2P – 6P

BULLETIN D'INSCRIPTION

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

avec son accord, à l'accueil des vacances d'automne.

Prix : Selon le barème de la FASE.

Pour la semaine complète :

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 et en France (y compris au moyen des véhicules privés du centre).

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du Centre de loisirs et de rencontres à prendre toute mesure nécessaire 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'aura pas fréquenté le centre, la globalité de la somme sera retenue, exception faite des cas de maladie sur présentation de certificat médical.

Lieu

Date

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

Nom: Prénom:

Signature:

(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: