



BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LE ZUMBA KIDS AU CENTRE DE LOISIRS

Ces inscriptions s'adressent aux enfants de 5 à 9 ans pour LE PREMIER SEMESTRE de l'année scolaire 2020-2021

Je soussigné(e) (nom, prénom du signataire)

déclare inscrire mon fils/ma fille (nom, prénom de l'enfant)

avec son accord, au cours de ZUMBA KIDS du Centre de loisirs et de rencontres du Grand-Saconnex, les jeudis ou vendredis, hormis vacances scolaires, du jeudi 17 septembre 2020 au jeudi 28 janvier 2021 (les cours n'auront lieu qu'avec un minimum de 6 élèves inscrits).

- Jeudi de 16h10 à 17h00
- Jeudi de 17h10 à 18h00

Prix : CHF 100.- par semestre à payer directement au Centre de Loisirs.

Je rappellerai à mon fils/ma fille qu'il/elle doit respecter les consignes données par les animateurs (trices) et l'intervenante spécialisée ainsi que les règles de prudence habituelles. L'équipe d'encadrement déclinera 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 du Grand-Saconnex à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon fils/ma fille, 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.

Mon fils/ma fille est sous la responsabilité de l'intervenante spécialisée uniquement pendant les heures du cours auquel il/elle participe. Les enfants sont attendus au Centre au début du cours et les parents doivent venir les chercher à la fin du cours.

Grand-Saconnex, le

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

.....

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: