



## BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LE **BREAK DANCE** AU CENTRE DE LOISIRS

Ces inscriptions s'adressent aux enfants, préadolescentes et aux adolescents  
A partir de 6 ans

pour LE PREMIER SEMESTRE de l'année scolaire 2020-2021

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

déclare inscrire mon fils/ma fille<sup>(1)</sup> ..... (nom, prénom de l'enfant)

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

- Mercredi 17h00 à 18h00
- Jeudi de 16h30 à 17h30
- Jeudi de 17h30 à 18h30 (à partir de la 7P)

**Prix** : CHF 100.- par semestre à payer au moment de l'inscription.

Je rappellerai à mon fils/ma fille qu'il/elle doit respecter les consignes données par les animateurs.trices et l'intervenant spécialisé 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, 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'intervenant spécialisé uniquement pendant les heures du cours auquel il participe.

Grand-Saconnex, le .....

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

.....

Signature du participant :

.....

(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: