



INSCRIPTION PÂQUES 2020

RENSEIGNEMENTS ENFANT & FAMILLE

ACTIVITÉ SOUHAITÉE (cocher votre choix) :

- Centre aéré à la Maison Vaudagne (4-10 ans)
 Camp à Leysin (7-10 ans)
 Semaine Découvertes à la Maison Vaudagne (10-13 ans)

ENFANT Garçon Fille

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DOMICILIÉ CHEZ : parents mère père autre

RESPONSABLE LEGAL : parents mère père autre

Adresse parents : Parent 1

Parent 2

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

NPA +ville : NPA + ville :

① privé : ① privé :

① portable : ① portable :

① prof. : ① prof. :

e-mail : e-mail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM & PRENOM : Degré de parenté (ou autre): ① privé/ prof./ portable

.....

.....

Mon enfant est autorisé à rentrer seul : OUI NON

ASSURANCES :

Assurance maladie : n° police :

Assurance accident : n° police :

RC Responsabilité civile : n° police :

Attention : les participants ne sont pas assurés par le centre de loisirs !

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom et n° de tél. du médecin traitant : ①

Allergies (aliments, médicaments, animaux, etc.)

.....

Médicaments :

Vaccination du tétanos, date exacte du dernier rappel : jj/mm/aa :

Régime alimentaire particulier :

Autres remarques :

Je refuse que mon enfant soit pris en photo : Oui Non

Pâques 2020

- Je soussigné(e) déclare inscrire mon enfant à l'activité choisie en première page, organisée par le Centre de loisirs de Meyrin; mon enfant est d'accord d'y participer. J'ai pris connaissance du fonctionnement et des conditions de paiement et je prendrai connaissance du programme d'animation prévu. J'ai rappelé 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.
- En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté.
- En cas d'urgence, j'autorise les responsables à transporter mon enfant à l'Hôpital de la Tour à Meyrin ou à l'hôpital le plus proche en cas de sortie. Je me déclare prêt(e) à m'acquitter de tous frais (hospitalisation, honoraires de médecin, etc.) ainsi que du remboursement des sommes que le centre de loisirs aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport.
- **Cette inscription est définitive, fixe et non-remboursable.**
En cas de maladie/accident et sur présentation d'un certificat médical uniquement, un remboursement peut être demandé.

Les absences journalières ne sont pas remboursées.

Signature du père, de la mère ou du représentant légal :

Date :

Signature :

Tarif centre aéré				
Revenu annuel brut du groupe familial		un enfant	Somme pour deux enfants	Somme pour trois enfants
Moins de	30'000	50	90	120
De 30'001	à 42'000	60	110	150
De 42'001	à 54'000	75	140	195
De 54'001	à 66'000	90	170	225
De 66'001	à 84'000	105	200	270
De 84'001	à 102'000	130	250	360
De 102'001	à 138'000	175	340	495
De 138'001	à 174'000	215	420	615
De 174'001	à 210'000	250	490	720
Tarif camp Leysin				
		150	120	