



# CENTRE AÉRÉ D'ÉTÉ 2019

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Par la présente, j'inscris mon enfant au centre aéré d'été organisé par les Maisons de Quartier de Vernier.

### COORDONNÉES DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

garçon  fille

Adresse : \_\_\_\_\_

N° postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

N° postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ e-m@il : \_\_\_\_\_

Natel père : \_\_\_\_\_ Natel mère : \_\_\_\_\_

### URGENCE

En l'absence des parents, contact de la personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### INSCRIPTION POUR LA/LES SEMAINE(S) – max. 5 semaines

N°	du lundi au	vendredi	
<input type="checkbox"/> 1	1 <sup>er</sup> juillet	5 juillet	
<input type="checkbox"/> 2	8 juillet	12 juillet	
<input type="checkbox"/> 3	15 juillet	19 juillet	
<input type="checkbox"/> 4	22 juillet	26 juillet	
<input type="checkbox"/> 5*	29 juillet	2 août	<i>*pas de prise en charge des enfants le jeudi 1<sup>er</sup> août (férié)</i>
<input type="checkbox"/> 6	5 août	9 août	
<input type="checkbox"/> 7	12 août	16 août	
<input type="checkbox"/> 8	19 août	23 août	

### REVENU RDU ou MENSUEL FAMILIAL BRUT

CHF \_\_\_\_\_

RETOURNER SVP

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de répondre correctement aux questions médicales suivantes :

Assurance maladie de l'enfant : \_\_\_\_\_

Assurance accident de l'enfant : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_

Date exacte du dernier vaccin du tétanos : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'une allergie ou d'un handicap particulier ?  oui  non

Si oui, lequel/laquelle :

---

---

---

Précautions à prendre :

---

---

---

Remarques et informations diverses concernant l'enfant :

---

---

---

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt à m'acquitter envers la Maison de Quartier en charge de l'organisation des sommes qu'elle aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport. Je déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'organisation du Centre Aéré et par ma signature l'accepter.

Bernex, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :