

CENTRE AÉRÉ D'ÉTÉ 2019

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Par la présente, j'inscris mon enfant au centre aéré de la Ville 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

1 1 juillet 5 juillet

2 8 juillet 12 juillet

3 15 juillet 19 juillet

4 22 juillet 26 juillet

5* 29 juillet 2 août **pas de prise en charge des enfants le jeudi 1^{er} août (férié)*

6 5 août 9 août

7 12 août 16 août

8 19 août 23 août

REVENU RDU ou MENSUEL FAMILIAL BRUT

CHF _____

ACCUEIL « PETIT DEJEUNER »

Le prix de l'accueil du matin est de CHF 10.- par semaine et par enfant (à rajouter au tarif).

Inscription à l'accueil petit déjeuner de 7h30 à 8h30 : oui non

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 le Centre Aéré de la Ville de Vernier des sommes qu'il 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.

Vernier, le ____ / ____ / ____

Signature :