



Association Colore Ta Ville
Route de St-Loup 77
CH - 1290 Versoix
E-mail : coloretaville@fase.ch

CENTRE AERE DE FEVRIER 2024

FORMULAIRE D'INSCRIPTION (1 PAR ENFANT)

ENFANT : (remplir toutes les cases, merci.) (* champs obligatoires)

Nom* : -----Prénom* : -----

Date de naissance* : jj/mm/aa -----Genre* : Fille Garçon

Adresse* : -----

NP* : ----- Localité* : -----

-

Ecole fréquentée* : -----Degré* : -----

REPRÉSENTANT-E LÉGAL-E :

Nom* : -----Prénom* : -----

Qualité* : Père Mère Autre -----

-

Adresse (si différente de l'enfant) -----

Tél. père* : -----Natel père* : -----Tél. prof* : -----

Tél. mère* : -----Natel mère* : -----Tél. prof* : -----

Email* : -----

EN CAS D'URGENCE, AUTRE PERSONNE À CONTACTER (si le représentant légal n'est pas joignable).

Nom* : -----Prénom* : -----

Qualité* : ami voisin autre-----

Tél. privé* : -----Natel* : -----Prof.: -----

Nom et adresse de l'employeur à Versoix (uniquement pour les parents ne résidant pas sur Versoix):

NOMS DES ASSURANCES DE L'ENFANT :

Maladie* : -----Accident* : -----RC de la famille* : -----

ANNÉE DU DERNIER VACCIN TÉTANOS* : -----

L'enfant rentre-t-il seul ? * Oui Non

Votre enfant prend-il des médicaments prescrits par un médecin ? * Oui Non

Si oui, lesquels : -----

MÉDECIN TRAITANT :

Nom* : ----- Téléphone* : -----

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE, D'UNE ALLERGIE, D'UN HANDICAP PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE ? * Oui Non

Si oui, Précisez laquelle, lequel et les précautions à prendre : -----

AUTRES RECOMMANDATIONS ET REMARQUES DIVERSES : -----

Déclaration

Je soussigné.e déclare inscrire mon enfant, avec son accord au centre aéré organisé par Colore Ta Ville. J'ai pris connaissance des activités prévues et je déclare que les informations fournies sur mon enfant sont exactes et complètes. J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par l'animateur.trice et les moniteurs.trices, ainsi que les règles de prudence habituelles. En cas de comportement inadéquat, nous nous réservons le droit d'annuler l'inscription de votre enfant sans aucun remboursement. En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt.e à m'acquitter envers Colore Ta Ville, des sommes qu'il aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport. Nous vous rappelons que vous engagez votre propre et unique responsabilité si vous ne possédez pas d'assurance : responsabilité civile, accident ou maladie. Que les éventuels frais engendrés seront à votre charge.

En aucun Colore Ta Ville ne pourra être tenu pour responsable.

J'autorise ces derniers à utiliser les photos de mon enfant, prises lors des activités, dans des expositions ou publications dans le cadre de l'association. *Oui *Non

J'ai pris connaissance des informations de ce formulaire et m'engage par ma signature à les accepter.

Lieu* : ----- Date : -----

Signature du représentant légal* : -----