



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

## CENTRE AERE D'OCTOBRE 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 :** -----

### Conditions de remboursement

Remboursement de l'intégralité de la somme si annulation 30 jours avant le début du centre aéré.

Sinon, remboursement uniquement sur certificat médical.

### 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\* : -----

PRIX PAR SEMAINE				
Revenu mensuel brut du groupe familial (parents)	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
Moins de 2'500	40	70	90	100
2'501 à 3'500	50	90	120	140
3'501 à 4'500	65	120	165	200
4'501 à 5'500	80	150	195	240
5'501 à 7'000	95	180	240	300
7'001 à 8'500	120	230	330	420
8'501 à 11'500	160	310	450	580
11'501 à 14'500	200	390	570	740
14'501 à 17'500	230	450	660	860
17'501 et Plus	250	490	720	940

Sous réserve de modification