



Association Colore Ta Ville  
CP 270  
1290 Versoix  
E-mail : info@coloretaville.ch

## CENTRE AERE D'ETE 2025

### Sélection de la semaine souhaitée :

- Semaine 1 du 30 juin au 4 juillet
- Semaine 2 du 7 au 11 juillet
- Semaine 7 du 11 au 15 août

---

## **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, inscris mon enfant, avec son accord, aux centres aérés de Colore Ta Ville. J'ai pris connaissance des activités proposées par Colore Ta Ville et je certifie que les informations fournies concernant mon enfant sont exactes et complètes. J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit suivre les consignes données par l'animateur·trice et les moniteurs·trices, ainsi que respecter les règles de sécurité habituelles. En cas de comportement inapproprié, l'association se réserve le droit d'annuler l'inscription de votre enfant sans aucun remboursement. En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant, y compris celles recommandées par un médecin. Je m'engage à rembourser Colore Ta Ville, pour les éventuels frais engagés y compris les frais de transport. Nous vous rappelons qu'il est de votre responsabilité d'assurer votre enfant contre les accidents et la maladie. Les frais engendrés par ces événements restent à votre charge.

**En aucun Colore Ta Ville ne pourra être tenu pour responsable en cas d'incident.****J'autorise l'utilisation des photos de mon enfant, prises lors des activités, dans les expositions ou publications de l'association. \*Oui  \*Non** **Merci d'entourer le tarif correspondant à votre revenu familial :**

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

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

Lieu\* : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal\* : \_\_\_\_\_