



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

Mercredis aérés pour les enfants de 5P à 8P

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 mercredis 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 souhaité à vous facturer :

	Tarif/mercredi			
	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
Prix minimum	15 CHF	20 CHF	30 CHF	40 CHF
Prix conseillé	20 CHF	30 CHF	45 CHF	60 CHF
Prix de soutien	25 CHF et +	40 CHF et +	60 CHF et +	80 CHF et +

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

Lieu* : _____ **Date :** _____

Signature du représentant légal* : _____