



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

CENTRE AERE DE OCTOBRE 2025

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, inscris mon enfant, avec son accord, au centre aéré organisé par Colore Ta Ville. Je déclare avoir pris connaissance des activités proposées et certifie que les informations communiquées concernant mon enfant sont exactes et complètes.

J'ai expliqué à mon enfant qu'il devra respecter les consignes données par l'animateur-trice et les moniteur-trice-s, ainsi que les règles de sécurité habituelles. En cas de comportement inapproprié, Colore ta Ville se réserve le droit d'annuler son inscription sans remboursement.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris les soins médicaux prescrits par un médecin. J'accepte de régler les éventuels frais engagés, 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.

En aucun Colore Ta Ville ne pourra être tenu pour responsable.**J'autorise / je n'autorise pas l'association 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 à facturé par semaine aéré (prix par fraterie. Information utile pour la comptabilité). : _____

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

