



Association Colore Ta Ville
CP 270
1290 Versoix
E-mail : coloretaville@fase.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 : _____**Conditions d'annulation**

Toute annulation effectuée **moins de 7 jours avant le mercredi** ne pourra faire l'objet d'un remboursement, sauf sur présentation d'un certificat médical.

Déclaration

Je, soussigné-e, inscris mon enfant, avec son accord, aux mercredis aérés 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 ☐

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* : _____