



Association Colore Ta Ville  
CP 270  
CH - 1290 Versoix  
E-mail : [coloretaville@fase.ch](mailto:coloretaville@fase.ch)

**Sélection de la semaine souhaitée :**

- Semaine 1 du 29 juin au 3 juillet**  
 **Semaine 2 du 6 au 10 juillet**  
 **Semaine 7 du 10 au 14 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 :** \_\_\_\_\_**Conditions de remboursement**Remboursement de l'intégralité de la somme si annulation par **email uniquement 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