



VACANCES de Pâques 2024
Le jeudi 4 et vendredi 5 avril
le mercredi 10, jeudi 11 et vendredi 12 avril
18h30-22h30 (jeudi 11 avril 16h-20h)
ADOS DE LA 9P JUSQU'A 18 ANS

BULLETIN D'INSCRIPTION (repas et sorties)

Je déclare inscrire le jeune.....(nom, prénom de l'enfant) avec son accord, à l'accueil des vacances d'automne.

Jeudi 4 avril : 5.- pour le repas
18h30-22h30 soirée culinaire

Vendredi 5 avril : 10.- pour la sortie et le repas
18h30-22h30 sortie à choix, départ à 16h15

Mercredi 10 avril : 5.- pour le repas
18h30-22h30 Keep talking and nobody explodes + escape room au centre

Jeudi 11 avril : 5.- pour le repas
16h00-20h00 sortie accrobranche (départ à 16h15)

Vendredi 12 avril : 5.- pour le repas
18h30-22h30 Soirée just dance + boom

Je prendrai connaissance du programme d'activités et du type d'encadrement proposé.

Je rappellerai à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par l'animateur et les moniteurs(trices) ainsi que les règles de prudence habituelles. L'équipe d'encadrement décline toute responsabilité en cas d'accident dû à une désobéissance de mon enfant.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du Centre de Loisirs et de Rencontres à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt(e) à m'acquitter envers le centre de loisirs du Grand-Saconnex des sommes qu'il aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport. Les renseignements que je fournis dans ce bulletin d'inscription sont complets et conformes à la vérité.

Dans le cas où votre enfant n'aura pas fréquenté le centre, la globalité de la somme sera retenue, exception faite des cas de maladie sur présentation de certificat médical.

Lieu

Date

Signature du père, de la mère, ou du représentant légal de l'enfant :

Nom: Prénom: Signature:

CENTRE DE LOISIRS DU GRAND SACONNEX

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



L'ENFANT

NOM PRENOM
DATE DE NAISSANCE ECOLE FRÉQUENTÉE
AGE DEGRÉ SCOLAIRE

Père Mère Représentant légal

NOM PRENOM
ADRESSE
N° POSTAL LIEU E-MAIL

N° POSTAL DE L'ADRESSE PROFESSIONNELLE LIEU

Inscrivez dans l'ordre les numéros où l'on peut vous joindre ou joindre une autre personne de référence, en indiquant le lien avec l'enfant (ex: mère, beau-père, ami, etc, ...).

TELEPHONE 1

TÉLÉPHONE 2

TÉLÉPHONE 3

ETES-VOUS MEMBRE DE L'ASSOCIATION DU CENTRE DE LOISIRS ? Oui Non

ACTIVITÉS DÉJÀ SUIVIES AU CENTRE Oui Non

ASSURANCES

MALADIE ACCIDENT RESPONS. CIVILE

RECOMMANDATIONS UTILES À L'ÉQUIPE D'ANIMATION

MÉDICAL :

L'ENFANT SOUFFRE-T'IL D'UNE MALADIE, D'UNE ALLERGIE, D'UN HANDICAP? Oui Non

SI OUI, LESQUELS ET INDIQUEZ LES PRECAUTIONS MEDICALES A PRENDRE

Autres : Nourriture.....

DATE DU DERNIER RAPPEL TETANOS

MEDECIN TRAITANT

NOM PRÉNOM TELEPHONE

L'ENFANT SAIT-IL NAGER? Oui Non SI OUI, EST-T'IL? Débutant Moyen Avancé

AUTORISEZ VOUS L'UTILISATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT POUR NOTRE PUBLICATION INTERNE ET NOTRE SITE INTERNET ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL L'AUTORISATION DE QUITTER LE TERRITOIRE SUISSE, AINSI QUE LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES (PAPIERS D'IDENTITÉ - VISA)? Oui Non

FICHE REMPLIE LE: SIGNATURE: