



CENTRE AÉRÉ D'ÉTÉ 2020

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Du fait d'un nombre de places limitées, les demandes d'inscriptions seront attribuées en fonctions des situations prioritaires et **non pas** selon l'ordre d'inscription. Nous ferons au mieux pour satisfaire les besoins de chacun.

COORDONNÉES DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ garçon fille

Adresse : _____

N° postal : _____ Localité : _____

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom et prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° postal : _____ Localité : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Portable père : _____ Portable mère : _____

URGENCE

En l'absence des parents, contact de la personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

INSCRIPTION POUR LA/LES SEMAINE(S) **4 semaines maximum**

N° du lundi au vendredi

1 29 juin 3 juillet

2 6 juillet 10 juillet

3 13 juillet 17 juillet

4 20 juillet 24 juillet

5 27 juillet 31 juillet

6 3 août 7 août

7 10 août 14 août

8 17 août 21 août

Revenu mensuel familiale brut ou REVENU RDU

CHF _____

NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE DE MOINS DE 16 ANS

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de répondre correctement aux questions médicales suivantes :

Assurance maladie de l'enfant : _____

Assurance responsabilité civile : _____

Date exacte du dernier vaccin du tétanos : ____ / ____ / ____

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone : _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'une allergie ou d'un handicap particulier ? oui non

Si oui, lequel/laquelle :

Précautions à prendre :

Remarques et informations diverses concernant l'enfant :

Les enfants malades ne peuvent pas venir à la Maison de quartier.

En cas de doutes, prenez contact avec votre médecin.

Si des symptômes surviennent pendant la journée, nous nous réservons le droit de leur faire porter un masque.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'organisation du Centre Aéré et par ma signature l'accepter.

Les Libellules, le _____

Signature :