



# SAMEDIS EN FAMILLE

## BULLETIN D'INSCRIPTION : ENFANT INSCRIT SEUL

J'inscris mon enfant à la sortie du \_\_\_\_\_

L'INSCRIPTION ET LE PAIEMENT SE FAIT À CHÂTEAU-BRUYANT,  
LES MARDIS ET LES JEUDIS DE 16H00 À 18H00

**TARIF : Sortie Balade : 15frs / Sortie de Ski : 25frs**

**ENFANT :**

**MERCI D'ECRIRE EN CARACTERES D'IMPRIMERIE**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NE(E) le : \_\_\_\_\_ Mon enfant va à l'école de : \_\_\_\_\_

**ADRESSE POUR LE COURRIER :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

NPA : \_\_\_\_\_ LOCALITE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

**PARENTS :**

NOM DU PERE : \_\_\_\_\_ PRENOM DU PERE : \_\_\_\_\_

TEL DU PERE, Privé \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Professionnel \_\_\_\_\_

NOM DE LA MERE : \_\_\_\_\_ PRENOM DE LA MERE : \_\_\_\_\_

TEL DE LA MERE, Privé \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Professionnel \_\_\_\_\_

**REPRESENTANT(E) LEGAL(E) :**  Père  Mère

Autre (Nom, prénom, tél) \_\_\_\_\_

**PERSONNE A AVERTIR en cas d'urgence :**

NOM : \_\_\_\_\_

QUALITE : (Parents, amis, voisins etc.) \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT :** NOM : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

**J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir :    Oui     Non**

**ASSURANCES :** Accidents: compagnie: \_\_\_\_\_ R.C.: compagnie : \_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS ET REMARQUES DIVERSES :** \_\_\_\_\_

**V A C C I N T E T A N O S :** date du vaccin : \_\_\_\_\_ date de rappel : \_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, allergie ou d'un handicap particulier ? Si OUI, lequel ou laquelle : \_\_\_\_\_

**Mon enfant sait nager :    Oui     Non**

**Escalade :** dans le cadre de nos activités, les enfants ont la possibilité de faire de l'escalade en salle. J'autorise mon enfant à participer à l'activité Escalade :    **Oui     Non**

**Photos:** dans le cadre de nos activités, nous prenons régulièrement des photos. Afin de mieux vous faire profiter de celles-ci, nous allons les présenter sur notre site internet. Etes-vous d'accord que l'image de votre enfant apparaisse sur le site Internet de la Maison de quartier des Pâquis ? **Oui**  **Non**

Je, soussigné/e, inscris mon enfant avec son consentement à l'activité organisée par la Maison de quartier des Pâquis. Je lui ai rappelé qu'il doit respecter les consignes données par les animateurs ainsi que les règles de prudence habituelles. En cas d'urgence, j'autorise les responsables à prendre toutes les 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 la Maison de Quartier des sommes qu'elle aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant qui ne seraient pas pris en charge par l'assurance maladie et accident de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du-de la répondant-e légal-e : \_\_\_\_\_