



CENTRE AERE D' AUTOMNE
Enfants de 1 P à 8 P, du 21 au 25 octobre 2019

Attention, pour la 1^{ère} fois cette année, nous organisons le centre aéré en 2 groupes selon le degré scolaire des enfants :

- 1P-6P : les enfants se rendent tous les jours dans la forêt à Collex-Bossy, sur le terrain des centres aérés d'été (accueil le matin 8h-8h30 ; retour le soir 17h30-18h)
- 7P-8P : les enfants bénéficient d'un programme d'activités spécifiques à leur âge dans le canton de Genève (accueil le matin 9h-9h30 ; retour le soir 17h30-18h)

BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION (un bulletin par enfant)

IMPORTANT : Ce document doit être **RAPPORTÉ** au plus tard le **mercredi 25 septembre 2019** à la **MAISON de QUARTIER des PÂQUIS**, nouvelle salle polyvalente rue de la Navigation, ou à **CHÂTEAU-BRUYANT**, 14 rue des Buis, accompagné de **l'attestation de Revenu Déterminant Unifié 2019 (RDU)**. En l'absence de l'attestation RDU, le tarif maximum sera appliqué.

Madame, Monsieur,

A réception des pré-inscriptions, une commission se réunira afin de répartir les demandes. Ensuite, s'il y a une place pour votre enfant, vous recevrez par courrier une **FACTURE**. Le paiement de la facture devra être fait **avant le dimanche 13 octobre 2019**. Sans versement de votre part dans le délai, l'inscription sera annulée définitivement et sans préavis. S'il n'y a pas de place pour votre enfant, vous recevrez un courrier vous en informant.

ENFANT :

MERCI D'ECRIRE EN CARACTERES D'IMPRIMERIE

NOM : _____ PRENOM : _____

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

Degré scolaire : _____ P

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) _____

COMPOSITION DU FOYER : Nombre d'adultes _____ Nombre d'enfants _____

A quel pourcentage travaillez-vous ? Père _____ %, Mère _____ %

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

Mon enfant peut franchir la frontière si excursion en France : Oui Non

Je, soussigné/e, inscrit 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.
En cas d'annulation après le paiement de la facture et au plus tard le vendredi 11 octobre 2019, Fr. 10.-- de frais par semaine et par enfant seront retenus sur le remboursement. Passé ce délai, aucun remboursement ne sera accordé, sauf sur présentation d'un certificat médical valable pour toute la durée du centre aéré.

Date : _____ Signature du/de la répondant-e légal-e : _____

Tarif par semaine selon le Revenu Déterminant Unifié total du groupe familial (attestation 2019) : BAREME en francs suisse

Revenu Déterminant Unifié du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit	Revenu Déterminant Unifié du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit
moins de 30'000.-	50.-	de 84'001.- à 102'000.-	130.-
de 30'001.- à 42'000.-	60.-	de 102'001.- à 138'000.-	175.-
de 42'001.- à 54'000.-	75.-	de 138'001.- à 174'000.-	215.-
de 54'001.- à 66'000.-	90.-	de 174'001.- à 210'000.-	250.-
de 66'001.- à 84'000.-	105.-	Plus de 210'001.-	270.-

Tarif dégressif si plusieurs enfants de la même famille.

Exemple d'attestation RDU que vous pouvez obtenir par mail à www.ge.ch/rdu :



Genève,

REVENU DÉTERMINANT UNIFIÉ (RDU)

ATTESTATION ANNUELLE

M. _____ N° assuré(e) : _____
Mme _____ N° assuré(e) : _____

ANNÉE DE RÉFÉRENCE : 201

Charge(s) fiscale(s) : 1
½ charge(s) fiscale(s) : 0

	COUPLE		
Revenu 20 ^e (voir le détail au verso)			
1/15 ^{ème} fortune 201 (voir le détail au verso)			
RDU socle (= revenu + 1/15 ^{ème} fortune)			
Prestations sociales 20 (dont enfants mineurs ¹)			
Subsides (SAM)			
RDU total (= RDU socle + prestations sociales)			

Montants en CHF