



**CENTRE AERE D'AUTOMNE**  
Enfants de 1 P à 8 P, du 19 au 23 octobre 2020

**Attention, comme l'année dernière, 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 8h30-9h30 ; retour le soir 17h30-18h)

**BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION (un bulletin par enfant)**

**IMPORTANT :** Ce document doit être RAPPORTÉ au plus tard le **vendredi 18 septembre 2020** à la **MAISON de QUARTIER des PÂQUIS**, Administration, rue Pellegrino-Rossi 5 ou à **CHÂTEAU-BRUYANT**, 14, rue des Buis, accompagné de l'attestation de Revenu Déterminant Unifié 2020 (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 mercredi 7 octobre 2020. 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 :** \_\_\_\_\_

VACCIN TETANOS : 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 et/ou dans le rapport d'activité annuel ? 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 9 octobre 2020, 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 2020) : BAREME en francs suisse**

Revenu Déterminant Unifié du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit
moins de 30'000.-	50.-
de 30'001.- à 42'000.-	60.-
de 42'001.- à 54'000.-	75.-
de 54'001.- à 66'000.-	90.-
de 66'001.- à 84'000.-	105.-

Revenu Déterminant Unifié du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit
de 84'001.- à 102'000.-	130.-
de 102'001.- à 138'000.-	175.-
de 138'001.- à 174'000.-	215.-
de 174'001.- à 210'000.-	250.-
Plus de 210'001.-	270.-

Tarif dégressif si plusieurs enfants de la même famille.

Exemple d'attestation RDU que vous pouvez obtenir par tél au 022.546.19.54 (de 9h à 11h30) – chemin de Frontenex 62 – 1207 Genève ou par mail à <https://www.ge.ch/mon-revenu-determinant-unifie-rdu> :



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé  
Centre de compétences du 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 (voir le détail au verso) 1/15 <sup>ème</sup> fortune 201 voir le détail au verso			
<b>RDU socle</b> (= revenu + 1/15 <sup>ème</sup> fortune)			
Prestations sociales 20 (dont enfants mineurs <sup>1</sup> ) Subsides (SAM)			
<b>RDU total</b> (= RDU socle + prestations sociales)			

Montants en CHF