



CENTRE AERE DE PÂQUES  
du 23 au 26 avril 2019, pour les enfants de 1 P à 8 P

**BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION (1 bulletin par enfant)**

**IMPORTANT** : Ce document doit être **RAPPORTÉ** au plus tard le **mercredi 20 mars 2019** à la MAISON de QUARTIER des PAQUIS ou à CHATEAU-BRUYANT accompagné de l'Attestation annuelle du Revenu déterminant Unifié 2019 (RDU), à demander au 022 546 19 54 ou par mail [www.ge.ch/rdu/attestation.asp](http://www.ge.ch/rdu/attestation.asp). **En l'absence du 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 au plus tard le 8 avril 2019. Sans versement de votre part dans les délais, 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 : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Mon enfant va à l'école de : \_\_\_\_\_ degré : \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ %

**LIEN AVEC LE QUARTIER :**  J'y habite  J'y travaille. Lieu : \_\_\_\_\_

Autre : précisez \_\_\_\_\_

**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 ? **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, sauf sur présentation d'un certificat médical, le montant de la facture ne sera pas remboursé.

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

**Tarif par semaine selon le Revenu Déterminant Unifié total du groupe familial RDU (attestation 2019) : BAREME en francs suisse**  
**Tarif dégressif si plusieurs enfants de la même famille**

Revenu déterminant unifié 2017 du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit
moins de 30'000.-	40.-
de 30'001.- à 42'000.-	48.-
de 42'001.- à 54'000.-	60.-
de 54'001.- à 66'000.-	72.-
de 66'001.- à 84'000.-	84.-

Revenu déterminant unifié 2017 du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit
de 84'001.- à 102'000.-	104.-
de 102'001.- à 138'000.-	140.-
de 138'001.- à 174'000.-	172.-
de 174'001.- à 210'000.-	200.-
Plus de 210'001.-	216.-

**Exemple d'attestation RDU ci-dessous :**



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