

BULLETIN D'INSCRIPTION

CENTRE AÉRÉ AUTOMNE 2025

Du lundi 20 octobre au vendredi 24 octobre 2025
Destiné aux enfants de 5 à 12 ans, domiciliés à Dardagny

MERCI de :

- ✓ retourner le document rempli, version papier, à la mairie
- ✓ dès le 15.9.2025 et jusqu'au 19.9.2025
- ✓ avec copie du RDU du groupe familial
- ✓ écrire lisiblement en caractères d'imprimerie
- ✓ préparer 1 bulletin par enfant
- ✓ parapher chaque page
- ✓ signer en fin de document.

PARTIE 1 : INFORMATIONS ENFANT

Enfant : ☐ Fille ☐ Garçon

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... (jour, mois, année)

Représentants légaux :

Nom : **Prénom :**

(Qualité : parent, grand-parent, tuteur, autre) :

Adresse privée :

Adresse courriel :

Téléphone privé :

Téléphone portable :

Nom : **Prénom :**

(Qualité : parent, grand-parent, tuteur, autre) :

Adresse privée :

Adresse courriel :

Téléphone privé :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

L'enfant est autorisé à rentrer seul :

☐ Non

☐ Oui, entre 17h et 17h30

Personne/s autorisée/s à venir chercher l'enfant :

1.
Nom : **Prénom :**

Degré de parenté ou autre :

Téléphone Privé :

Téléphone Professionnel :

Téléphone mobile :

2.
Nom : **Prénom :**

Degré de parenté ou autre :

Téléphone Privé :

Téléphone Professionnel :

Téléphone mobile :

INFORMATIONS ASSURANCES ET MEDICALES

Assurances :

Nom et numéro d'assurance maladie de l'enfant :

Nom et numéro de l'assurance accident de l'enfant :

Nom et numéro de RC Responsabilité civile du représentant légal :

Attention : les participants ne sont pas assurés par les services organisateurs.

Renseignements médicaux :

Coordonnées médecin traitant : **Nom, prénom :** **Tél. :**

Vaccin tétanos : date du dernier rappel

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

..... ☐ OUI ☐ NON

Si oui, le/laquel le ?

Recommandations et remarques diverses :

.....

Médicaments pris régulièrement :

En cas de réponse positive à cette dernière question, **une fiche d'information relative au médicament et à sa prise** vous sera envoyée et devra être transmise à l'animateur si le médicament doit être pris pendant le temps d'accueil.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant (en utilisant notamment des produits pharmaceutiques usuels (désinfectant, crème, pansement, etc.) pour soigner toute éventuelle blessure telle qu'écorchure, brûlure, coupure, piqûre, etc.), y compris celles préconisées par le médecin consulté, soit le transfert aux urgences.

Je me déclare prêt/e à m'acquitter envers les services organisateurs des sommes qu'ils auraient à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport.

En cas d'urgence, avertir la personne ci-dessous (si différente des représentants légaux) :

Nom et prénom :

Qualité (parents, amis, voisins...) :

Téléphone privé : prof. : Portable :

AUTRES

Repas et régimes alimentaires :

☐ Mon enfant suit un régime strict, attesté par le certificat médical ci-joint.

Je confirme avoir pris note que l'organisateur n'est malheureusement pas en mesure de fournir des repas/aliments différenciés en cas d'allergies et intolérances alimentaires. Il est de la responsabilité du parent/représentant légal de fournir les repas/aliments de substitution.

Par conséquent, **je m'engage à apporter un « panier-repas » chaque matin dans un récipient inscrit à son nom.**

Prises de vue

Afin d'illustrer de futurs documents des activités menées (tout-ménage, affiches, site internet, journal communal, autre support de communication communal), des photographies peuvent être réalisées. Dans ce cadre, les photos de groupe où les visages sont peu discernables, seront privilégiées dans la mesure du possible. A tout moment, ces dernières peuvent être visualisées par les personnes concernées.

J'autorise les organisateurs à user des prises de vues dans le cadre défini ci-dessus :

..... ☐ OUI ☐ NON

Remarques et observations diverses concernant l'enfant :

.....
.....
.....
.....

PARTIE 2 : TARIFICATION

Comme pour tous les centres aérés du canton, la tarification du centre aéré se fait en fonction du revenu des parents.

Les finances d'inscription appliquées (prévues par la FASE¹) sont les suivantes (en CHF) :

Tarif	[RDU] ² Revenu Déterminant Unifié du groupe familial*	Tarif pour une semaine		
		Pour 1 enfant	Pour 2 enfants (même famille)	Pour 3 enfants (même famille)
1	Moins de 30'000,--	50,--	90,--	120,--
2	De 30'001,-- à 42'000,--	60,--	110,--	150,--
3	De 42'001,-- à 54'000,--	75,--	140,--	195,--
4	De 54'001,-- à 66'000,--	90,--	170,--	225,--
5	De 66'001,-- à 84'000,--	105,--	200,--	270,--
6	De 84'001,-- à 102'000,--	130,--	250,--	360,--
7	De 102'001,-- à 138'000,--	175,--	340,--	495,--
8	De 138'001,-- à 174'000,--	215,--	420,--	615,--
9	De 174'001,-- à 210'000,--	250,--	490,--	720,--
10	Plus de 210'000,--	270,--	530,--	780,--

* Par groupe familial, nous entendons les couples mariés ou vivant en ménage commun.

¹ Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle

² Lorsque le RDU du groupe familial dépasse le plafond de Fr. 210'000,-- ou en l'absence de cette attestation, le tarif maximum sera appliqué.

Autres informations concernant la facturation :

- ✓ **Une facture concernant l'inscription de votre/vos enfant/s vous sera adressée par la Fase, en début du mois d'octobre 2025. Elle sera à régler avant le 10.10.2025.**
- ✓ L'enfant pourra être accueilli seulement APRÈS acquittement total de la facture.
- ✓ Un montant de CHF 20,- par enfant sera facturé comme frais administratifs en cas d'annulation intervenant AVANT envoi de la confirmation d'inscription.
- ✓ En cas d'annulation intervenant APRÈS l'envoi de la confirmation d'inscription, un montant correspondant au 50 % du tarif de la semaine est facturé, par enfant et par semaine annulée.

PARTIE 3 : SIGNATURE

Je, soussigné·e, père, mère ou représentant légal,

- Déclare avoir pris connaissance des règles exposées dans le document et par ma signature les accepter.
- Déclare que les informations contenues dans le document sont exactes.
- Déclare avoir pris connaissance des tarifs du centre aéré.
- Prend note que le tarif maximum sera appliqué, si je ne souhaite pas remettre une copie de l'attestation RDU.
- Autorise, en cas d'urgence, les responsables du centre aéré à prendre toute mesure nécessaire à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté, soit le transfert aux urgences.
- Déclare m'acquitter auprès de la commune des sommes qu'elle aura avancées pour les soins prodigués à mon enfant, y compris les frais de transport.
- Autorise mon enfant à être transporté par différents véhicules (cars, TPG, train) pendant la durée du centre aéré.
- Atteste avoir pris note que mon enfant n'est pas sous la responsabilité de l'organisateur ni des professionnels Fase au-delà de son horaire d'inscription et en aucun cas avant 8h du matin et après 17h30.
- M'engage à rappeler à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par l'équipe d'animation, ainsi que les règles de prudence habituelles.
Je suis au courant que l'organisation décline toute responsabilité en cas d'accident et de dégât dus au non-respect des règles de sécurité émises par l'équipe d'animation.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

IMPORTANT : A annexer au présent formulaire :

- Copie de l'attestation RDU **la plus récente de votre groupe familial**. En cas de doute sur les éléments déclarés, la commune peut exiger les pièces adéquates.
- Copie du certificat médical en cas de régime alimentaire.
- Copie de la carte Swisspass (si vous en possédez une).

A RETENIR:

Les éléments présentés dans le document par les familles sont soumis à la confidentialité des données.