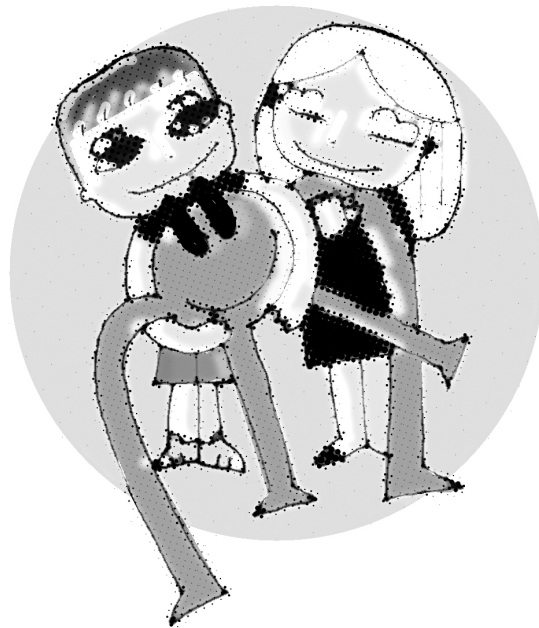


CENTRE AERE

DU 12 au 16 février 2018



Maison de Quartier de St-Jean
8, chemin François-Furet
1203 Genève

www.mqsj.ch

Tel : 022.338.13.60

Email : info@mqsj.ch

Inscriptions : Du mardi 9 au samedi 20 janvier 2018

Bonjour,

Nous avons le plaisir de vous informer que nous organisons un centre aéré pour vos enfants pendant les vacances scolaires de février. Ce centre aéré se déroule principalement dans nos locaux.

Le bien-être des enfants restant une priorité pour l'équipe d'animation, nous n'oublions pas que cette longue semaine d'hiver reste une semaine de vacances. Ainsi, nous essayons en permanence de leur offrir des activités didactiques, à l'intérieur comme à l'extérieur, des temps de création ainsi que des moments plus libres qu'ils investissent à leur guise afin de développer leur imaginaire.

Ces semaines de centre aéré se veulent équilibrées et riches afin que l'ennui ne trouve pas sa place et que chaque journée devienne unique et mémorable pour chaque enfant !

<u>Age :</u>	5-11 ans
<u>Dates :</u>	Du 12 au 16 février 2018
<u>Horaires :</u>	Accueil des enfants entre 8h et 9h. Fin des activités entre 17h et 17h30. Fin du CA le vendredi entre 16h30 et 17h.
<u>Prix :</u>	Frs 60.- pour la semaine, Frs 50.- pour le 2 ^{ème} enfant, Frs 40.- pour le 3 ^{ème} enfant d'une même famille
<u>Encadrement :</u>	5 personnes (1 animateur et 4 moniteurs)
<u>Places disponibles :</u>	32 enfants
<u>Affaires à prendre :</u>	Vêtements chauds et imperméables En fonction de la sortie choisie, une liste plus précise vous sera transmise. Le tout marqué au nom de l'enfant !!

**Les réponses positives ou négatives vous parviendront au plus tard
le 26 janvier 2018 par courrier.**

L'ORDRE D'ARRIVEE DES INSCRIPTIONS N'EST PAS UN CRITERE DE PRIORITE.

Pour de plus amples informations, vous pouvez nous contacter au 022.338.13.60 ou par mail à info@mqsj.ch.

BULLETIN D'INSCRIPTION

CENTRE AÉRÉ Février

Année

**Maison de Quartier de Saint-Jean**

Chemin François-Furet 8

1203 Genève

Tél. 022 338 13 60

ENFANT Fille Garçon

(Une fiche par enfant)

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse postale (de l'enfant)

Nom sur la boîte à lettres

Adresse Rue no.

Nos. téléphones principaux

Tél. mob.1

No. postal

Localité

Tél. fixe ou mob. 2

PARENTS (ou représentant légal)

Personnes à contacter en cas d'urgence

Mère

Prénom

Nom

E-mail

Tél. mob.1

Tél. fixe ou mob. 2

Tél. prof.

Père

Prénom

Nom

E-mail

Tél. mob.1

Tél. fixe ou mob. 2

Tél. prof.

Autre**Personne**

Prénom

Nom

Qualité:

(Grand-mère/-père,
Frère/Soeur, Tante/
Oncle, Voisin(e), etc.)

Tél. mob.1

Tél. fixe ou mob. 2

Tél. prof.

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ENFANT

(Renseignements obligatoires)

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Ecole fréquentée

Degré scolaire

Votre enfant souffre-t-il d'une **maladie**, d'une **allergie** ou d'un **handicap** ? Oui Non

Si oui, le(la)quel(le) ?

Habitudes alimentaires

Précautions à prendre

Remarques

Suite (voir au verso) -->

BULLETIN D'INSCRIPTION (suite)

CENTRE AÉRÉ **Février**



Maison de Quartier de Saint-Jean
Chemin François-Furet 8
1203 Genève
Tél. 022 338 13 60

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ENFANT (Renseignements facultatifs)

Médecin
traitant

Prénom, Nom, Adresse, No.Téléphone

Dr.

Assurances

Responsabilité civile (RC)

Accident

Autorisez-vous l'utilisation de l'image (photos/films) de votre enfant pour nos publications (journal Quartier Libre, rapports d'activités, site internet) ?

oui

non

Recommandations
et remarques
diverses

SEMAINE

J'inscris mon enfant à la semaine suivante:

Février

Semaine du _____ au _____

Je soussigné(e) déclare inscrire mon enfant, *avec son accord*, au Centre Aéré organisé par la Maison de Quartier de Saint-Jean. J'ai pris connaissance du programme d'activités prévu.

J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par les animateurs(trices) et les moniteurs(trices) ainsi que les règles de prudence habituelles.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables de la Maison de Quartier 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 de Saint-Jean des sommes qu'elle aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport.

Mère, père ou représentant légal

Prénom

Nom

Genève, le

Date

Signature

Visa
MQSJ

Fiche digitalisée