



Maison de Quartier du Plateau

# DEMANDE D'INSCRIPTION POUR LES MERCREDIS AERES

Pour les enfants de 4 à 8 ans révolus

Les formulaires incomplets ou illisibles ne seront pas pris en considération

Toutes les informations sur la tarification et les procédures d'inscription sont disponibles au pôle administratif de la maison de quartier ou sur notre site Internet.

## 1A) ENFANT (remplir un bulletin par enfant)

MERCI D'ECRIRE CLAIREMENT EN LETTRE MAJUSCULE

NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	Fratrie inscrite aux mercredis aérés ? OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/> Si oui, nom et prénom de l'enfant : _____
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon      Âge : _____	Né(e) le :
École de l'enfant :	Degré scolaire en septembre 2024 :

## 1B) INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Votre enfant souffre-t-il :	D'une maladie ..... <input type="checkbox"/>
	D'une allergie ..... <input type="checkbox"/>
	D'un handicap particulier ..... <input type="checkbox"/>
Si tel est le cas, quelles sont les précautions à prendre ?	
Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle date ? _____
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécial ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? _____
S'il n'y a plus de place disponible, je souhaite que mon enfant soit mis sur liste d'attente	..... OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
J'autorise la MQP à prendre des photos lors des activités pour sa communication sur papier et Internet (hors réseaux-sociaux)	..... OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
S'il y a un groupe « <i>Whatsapp</i> » dédié aux parents, je souhaite y être pour recevoir des informations pratiques sur l'organisation et le déroulement du centre aéré.	..... OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

## 2A) PARENTS OU REPRESENTANT.E LEGAL.E

1 <sup>er</sup> PARENT / REPRESENTANT	2 <sup>ème</sup> PARENT / REPRESENTANT
Qualité (mère, père, autres) : _____	Qualité (mère, père, autres) : _____
NOM ET PRENOM :	NOM ET PRENOM :
Adresse (si différente que celle de l'enfant) :	Adresse (si différente que celle de l'enfant) :
Tél. portable : Courriel :	Tél. portable : Courriel :
J'élève seul.e mon enfant <input type="checkbox"/>	

## 2B) INFORMATIONS SUR LES PARENTS OU REPRESENTANT.E LEGAL.E

Occupation professionnelle	L'un des parents travaille <input type="checkbox"/>
	Les deux parents travaillent <input type="checkbox"/>
Avez-vous une solution de garde alternative les mercredis ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Si les représentants légaux ne sont pas joignables, personne à contacter en cas d'urgence :	NOM ET PRENOM : _____
Qualité (parenté, amis, voisins) : _____	Tél. portable : _____
	Courriel : _____

### TARIFICATION

Les frais d'encadrement, de transports, des repas de midi / goûters, d'activités, d'excursions et d'animations sont compris dans le tarif qui est de CHF 15.- par mercredi.

Le système de tarification reste inchangé jusqu'à nouvel ordre. Il est effectivement possible que ce système soit réévalué dans le courant de l'année scolaire 2024 – 2025. Nous vous tiendrons informé en temps et lieux.

En cas de difficultés financières, un arrangement peut être convenu. Merci de contacter notre secrétariat si besoin.

### Je soussigné(e) :

- déclare inscrire mon enfant et l'autorise à participer aux sorties organisées les mercredis aérés (TPG–Car– bateau) ;
- rappelle à mon enfant qu'il doit respecter les consignes et règles données par les responsables des mercredis aérés;
- équipe mon enfant, pour les activités, de vêtements adaptés aux activités et non dommageables (la MQP ne pourra en aucun cas être tenue responsable en cas de perte d'objet ou de dommage) ;
- autorise, en cas d'urgence, 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 ;
- autorise, en cas de nécessité, à soigner mon enfant en cas de blessure avec les produits suivants : désinfectant en spray ou en crème ; granules homéopathiques d'Arnica ; gel homéopathique d'Arnica en cas de contusion.
- déclare être prêt(e) à m'acquitter, envers la MQP, des frais occasionnés pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport, qui ne seraient pas pris en charge par son assurance maladie ou accident, ni par l'assurance de la MQP ;
- déclare que mon enfant est bien couvert par une assurance RC, ainsi que par une assurance maladie et accident ;
- certifie par ma signature que toutes les informations ci-dessus sont complètes et exactes.

### Commentaires :

Date et signature du parent ou du représentant légal : \_\_\_\_\_

L'envoi de ce formulaire en format PDF par courrier électronique fait automatiquement office de signature.