

Inscription au centre aéré des Allévays – Eté 2024

Formulaire à retourner à allevays@nyon.ch ou par courrier postal à

Service de la cohésion sociale

Rue des Marchandises 17

CP 1395

1260 Nyon

1. Informations sur l'enfant 1

Informations	
Nom / Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Date de naissance	
Degré scolaire	<input type="checkbox"/> 1P <input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 3P <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 5P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 7P <input type="checkbox"/> 8P
Etablissement scolaire	<input type="checkbox"/> Nyon Léman <input type="checkbox"/> Nyon Jura Prangins <input type="checkbox"/> Autre :
Est-elle/il placé dans une structure d'accueil communal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel type de structure :	<input type="checkbox"/> UAPE <input type="checkbox"/> APEMS <input type="checkbox"/> Accueil familial de jour
Sait-elle/il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Santé

Souffre-t-elle/il d'allergies et/ou de problèmes médicaux ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lesquels :

2. Informations sur l'enfant 2

Informations	
Nom / Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Date de naissance	
Degré scolaire	<input type="checkbox"/> 1P <input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 3P <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 5P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 7P <input type="checkbox"/> 8P
Etablissement scolaire	<input type="checkbox"/> Nyon Léman <input type="checkbox"/> Nyon Jura Prangins <input type="checkbox"/> Autre :
Est-elle/il placé dans une structure d'accueil communal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel type de structure :	<input type="checkbox"/> UAPE <input type="checkbox"/> APEMS <input type="checkbox"/> Accueil familial de jour
Sait-elle/il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Santé

Souffre-t-elle/il d'allergies et/ou de problèmes médicaux ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lesquels :

3. Informations sur l'enfant 3

Informations	
Nom / Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Date de naissance	
Degré scolaire	<input type="checkbox"/> 1P <input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 3P <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 5P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 7P <input type="checkbox"/> 8P
Etablissement scolaire	<input type="checkbox"/> Nyon Léman <input type="checkbox"/> Nyon Jura Prangins <input type="checkbox"/> Autre :
Est-elle/il placé dans une structure d'accueil communal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel type de structure :	<input type="checkbox"/> UAPE <input type="checkbox"/> APEMS <input type="checkbox"/> Accueil familial de jour
Sait-elle/il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Santé

Souffre-t-elle/il d'allergies et/ou de problèmes médicaux ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lesquels :

4. Informations sur l'enfant 4

Informations	
Nom / Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Date de naissance	
Degré scolaire	<input type="checkbox"/> 1P <input type="checkbox"/> 2P <input type="checkbox"/> 3P <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 5P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 7P <input type="checkbox"/> 8P
Etablissement scolaire	<input type="checkbox"/> Nyon Léman <input type="checkbox"/> Nyon Jura Prangins <input type="checkbox"/> Autre :
Est-elle/il placé dans une structure d'accueil communal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, dans quel type de structure :	<input type="checkbox"/> UAPE <input type="checkbox"/> APEMS <input type="checkbox"/> Accueil familial de jour
Sait-elle/il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Santé

Souffre-t-elle/il d'allergies et/ou de problèmes médicaux ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lesquels :

5. Information sur la représentante légale ou le représentant légal

Informations	
Nom / Prénom	
Adresse	
Email	
Téléphone 1*	
Téléphone 2	
Je souhaite recevoir ma facture par	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Courrier postal

*Numéro sur lequel les parents doivent impérativement être atteignables pendant la journée

6. Semaine(s) souhaitée(s) – Maximum 2

Maximum 2 choix – 3 semaines uniquement si places restantes

- du 1^{er} au 5 juillet 2024 du 8 au 12 juillet 2024 du 15 au 19 juillet 2024
 du 22 au 26 juillet 2024 du 29 juillet au 2 août (sauf le jeudi 1er août)
 du 5 au 9 août 2024 du 12 au 16 août 2024

7. 3^{ème} semaine supplémentaire (uniquement si disponibilité)

Il est possible d'inscrire votre ou vos enfant-s une 3e semaine uniquement s'il reste des places disponibles. Si vous souhaitez inscrire votre ou vos enfant-s une 3e semaine, merci d'indiquer la ou les semaines possibles. Nous vous informerons de la disponibilité

- du 1^{er} au 5 juillet 2024 du 8 au 12 juillet 2024 du 15 au 19 juillet 2024
 du 22 au 26 juillet 2024 du 29 juillet au 2 août (sauf le jeudi 1er août)
 du 5 au 9 août 2024 du 12 au 16 août 2024

En signant ce document, j'atteste que j'ai lu et accepte les conditions générales d'inscription. J'atteste aussi que mon enfant est en bonne santé et assuré contre la maladie et les risques d'accident pouvant survenir durant le séjour, ainsi qu'en matière de responsabilité civile.

Date : Signature :