

## Inscription au centre aéré des Allévays – Pâques 2024

Formulaire à retourner à [allevays@nyon.ch](mailto:allevays@nyon.ch) ou par courrier postal à

Service de la cohésion sociale

Rue des Marchandises 17

CP 1395

1260 Nyon

### I. 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

du 2 au 5 avril 2024

du 8 au 12 avril 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 :