



**LE RADIS**

# CENTRE AÉRÉ 2017

**13 février au 17 février**  
**Pour les enfants scolarisés jusqu'à 11 ans**

**Les activités ont lieu au RADIS**

**9, chemin de Versoix-la-Ville**

**Tél: 022 779 00 29**

**e-mail: [cr.lerado@fase.ch](mailto:cr.lerado@fase.ch)**

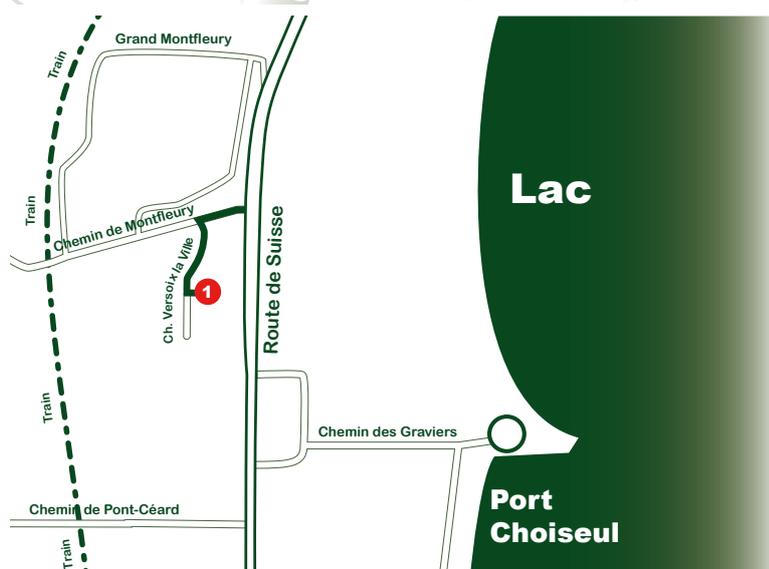
**site web: [www.lerado.ch](http://www.lerado.ch)**

**ccp 12-17284-9**

**Inscriptions dès le 16 janvier 2017**



Visitez notre site  
[www.lerado.ch](http://www.lerado.ch)



**Les fiches d'inscription doivent être apportées et payées,  
directement au secrétariat du Rado-Versoix  
1 ch. César Courvoisier.**

**Heures d'ouvertures: Lundi de 10h à 15h; Mardi de 16h30 à 18h30 et Jeudi de 10h à 18h30**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### ENCADREMENT

Pendant la semaine, une équipe composée d'une animatrice et de quatre moniteurs-trices accueillera trente deux enfants au centre aéré. Cette équipe est préparée et formée à l'animation et à l'encadrement des enfants.

### ANIMATION

Chaque jour, diverses animations sont proposées: jeux, bricolages, promenades, piscine, etc.

### EXCURSIONS

Le mercredi, nous proposons une sortie pour toute la journée. Ce jour là, tous les enfants apportent un pique-nique.

### REPAS

À l'exception du mercredi, tous les enfants reçoivent un repas, des boissons et un goûter.

### HORAIRES

#### Lundi au Jeudi

Accueil: 8h00 - 9h00  
Début des activités: **9h00**  
Fin des activités: 17h00  
Permanence fin de journée: **jusqu'à 18h00**

### ATTENTION

#### Vendredi:

Fin des activités: 16h00  
Permanence fin de journée: **jusqu'à 17h00**

**Tous les jours, les enfants doivent être présents au plus tard à 9h00**

### ÉQUIPEMENT

À prendre chaque jour:

- Un petit sac à dos
- Des vêtements pour la neige/pluie
- Un bonnet et des gants
- Des chaussures de neige
- Crème solaire

### INSCRIPTIONS

Il est obligatoire de remplir **une fiche par enfant**. L'avis de situation de l'administration fiscale (RDU) peut être demandé lors de l'inscription.

### PRIORITÉ D'INSCRIPTION

1. Les enfants domiciliés sur la commune de Versoix.
2. Les enfants dont les parents travaillent à Versoix et les familles monoparentales.
3. Par ordre d'arrivée du courrier.

**Seuls les formulaires d'inscription complets et signés seront pris en considération. Les formulaires devront être apportés et payés au secrétariat du centre. 1 Chemin César-Courvoisier**

### PAIEMENT

Le paiement doit être effectué **au moment de l'inscription**. Aucune inscription ne sera retenue sans paiement.

### REMBOURSEMENT

Aucun remboursement ne sera effectué, sauf sur présentation d'un certificat médical. Une indemnité de 10 CHF par enfants sera perçue.

## PRIX PAR SEMAINE

Revenu mensuel brut du groupe familial (parents)	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
Moins de 2'500	40	70	90	100
2'501 à 3'500	50	90	120	140
3'501 à 4'500	65	120	165	200
4'501 à 5'500	80	150	195	240
5'501 à 7'000	95	180	240	300
7'001 à 8'500	120	230	330	420
8'501 à 11'500	160	310	450	580
11'501 à 14'500	200	390	570	740
14'501 à 17'500	230	450	660	860
17'501 et Plus	250	490	720	940

Sous réserve de modification

**Une participation de CHF 25.- par semaine et par enfant sera perçue pour les habitants non versoisiens.**

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION - 1 PAR ENFANT

### **ENFANT:** (remplir toutes les cases, merci.)

Nom:  Prénom:

Date de naissance: jj/mm/aa  Garçon  Fille

Adresse:

NP:  Localité:

Ecole fréquentée:  Degré:

### **REPRÉSENTANT-E LÉGAL-E:**

Nom:  Prénom:

Qualité: Père  Mère  Autre

Adresse (si différente de l'enfant)

Tél. père:  Natel père:  Tél. prof:

Tél. mère:  Natel mère:  Tél. prof:

Email:

### **EN CAS D'URGENCE, AUTRE PERSONNE À CONTACTER** (si le représentant légal n'est pas joignable).

Nom:  Prénom:

Qualité: ami  voisin  autre

Tél. privé:  Natel:  Prof.:

Nom et adresse de l'employeur à Versoix (uniquement pour les parents ne résidant pas sur Versoix):  
.....

Votre enfant peut-il sortir de Suisse?  Si non, a-t-il besoin d'un visa?

### **NOMS DES ASSURANCES DE L'ENFANT:**

Maladie:  Accident:  RC de la famille:

### **ANNÉE DU DERNIER VACCIN TÉTANOS:**

L'enfant sait-il nager? Oui  Non  L'enfant rentre-t-il seul? Oui  Non

Votre enfant prend-il des médicaments prescrits par un médecin? Oui  Non

Si oui, lesquels: .....

### **MÉDECIN TRAITANT:**

Nom:  Téléphone:

**L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE, D'UNE ALLERGIE, D'UN HANDICAP PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE?** Oui  Non

Si oui, Précisez laquelle, lequel et les précautions à prendre: .....

### **AUTRES RECOMMANDATIONS ET REMARQUES DIVERSES:** .....

## PRIX PAR SEMAINE

Revenu mensuel brut du groupe familial (parents)	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants
Moins de 2'500	40	70	90	100
2'501 à 3'500	50	90	120	140
3'501 à 4'500	65	120	165	200
4'501 à 5'500	80	150	195	240
5'501 à 7'000	95	180	240	300
7'001 à 8'500	120	230	330	420
8'501 à 11'500	160	310	450	580
11'501 à 14'500	200	390	570	740
14'501 à 17'500	230	450	660	860
17'501 et Plus	250	490	720	940

Sous réserve de modification

**Une participation de CHF 25.- par semaine et par enfant sera perçue pour les habitants non versoisiens.**

## DÉCLARATION

**J'autorise le CR-Le Rado à utiliser les photos de mon enfant, prises lors des activités, dans des expositions ou publications dans le cadre de l'association.**

**Oui**

**Non**

Je soussigné-e déclare inscrire mon enfant, avec son accord au centre aéré organisé par le Centre de rencontres le Rado-Versoix . J'ai pris connaissance des activités prévues et je déclare que les informations fournies sur mon enfant sont exactes et complètes.

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 de comportement inadéquat, nous nous réservons le droit d'annuler l'inscription de votre enfant sans aucun remboursement.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré 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'aquitter envers le Centre de rencontres le Rado, des sommes qu'il aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport.

J'ai pris connaissance des informations de ce formulaire et m'engage par ma signature à les accepter.

Lieu ....., le ..... 2017

Signature du représentant légal

.....



## Centre de rencontres Le Rado-Versoix

Chemin César Courvoisier 1 - 1290 Versoix

Tél. 022 755.47.11

Courriel: [cr.lerado@fase.ch](mailto:cr.lerado@fase.ch)

Site internet: [www.lerado.ch](http://www.lerado.ch)

CCP: 12-17284-9

**Heures d'ouvertures:**

**Lundi de 10h à 15h; Mardi de 16h30 à 18h30 et Jeudi de 10h à 18h30**

