



'TEEN CAMP'

case postale 6003, 1211 Genève 6

Téléphone: 022 860 86 00/13

E-Mail : hdc@habadgeneve.ch

FICHE D'INSCRIPTION TEEN CAMP DU 01 JUILLET AU 19 JUILLET 2024

A retourner dûment remplie et signée

Je soussigné, Monsieur, Madame _____ demande
l'inscription de mon/mes enfant/s **au 'Teen Camp'** pour les semaines suivantes :

01 au 05 juillet 08 au 12 juillet 15 au 19 juillet

HORAIRE : de 09h00 à 16h00 (vendredi 15h00)

FAMILLE: Père Nom _____ Prénom civil _____ Hébraïque _____

E-Mail: _____ **Tél portable :** _____ **Tél travail:** _____

Mère Nom _____ Prénom civil _____ Hébraïque _____

E-Mail: _____ **Tél portable :** _____ **Tél travail:** _____

Adresse domicile : _____

Tél. domicile : _____ **Autre numéro en cas d'urgence :** _____

ENFANT(S):

Nom de famille : _____ Prénom civil : _____ Hébraïque : _____ Sexe : M / F

Date de naissance civile : ____ / ____ / ____ Hébraïque : ____ / ____ / ____ Heure de naissance : _____

Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :

Nom de famille : _____ Prénom civil : _____ Hébraïque : _____ Sexe : M / F

Date de naissance civile : ____ / ____ / ____ Hébraïque : ____ / ____ / ____ Heure de naissance : _____

Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :

A l'aide du tableau tarifaire ci-dessous, veuillez nous indiquer le montant total dont vous devrez vous acquitter, ainsi que le mode de paiement que vous désirez utiliser :

TABLEAU TARIFAIRE *

| INSCRIPTION POUR: | Teen Filles (de 13 ans à 16 ans) |
|------------------------------|---|
| la semaine | 250.- |
| 2 Semaines | 420.- |
| La semaine de camping | 260.- |
| 3 Semaines | 600.- |

TOTAL : _____ **CHF** Espèces CCP

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités. J'autorise d'autre part la direction du centre aéré à faire soigner mon enfant sur prescription médicale et j'en rembourserai les frais.

FAIT A GENEVE LE : _____

SIGNATURE DES PARENTS : _____