



# SORTIES ETE 2025

## POUR ENFANTS DE 11 À 15 ANS



### INFORMATIONS

<b>DATE:</b>	DU 1 AU 3 JUILLET 2025	
<b>LIEU:</b>	DIVERS LIEUX PROCHES DE GENÈVE	
<b>DEPART:</b>	CHAQUE JOUR À 10H DEVANT LA MQAL	
<b>RETOUR:</b>	CHAQUE JOUR À 18H DEVANT LA MQAL	
<b>ENCADREMENT:</b>	1 ANIMATEUR.TRICE ET 1 MONITEUR.TRICE	
<b>PRIX:</b>	(1 JUIILLET 2025) SORTIE WATER CIRCUS	= 15 CHF
	(2 JUILLET 2025) SORTIE PLAGE EXCENEVEX	= 10 CHF
	(3 JUILLET 2025) SORTIE VITAM PARC	= 15 CHF

**LE PAIEMENT TIENT LIEU DE CONFIRMATION. EN CAS D'EMPÊCHEMENT,  
NOUS VOUS REMERCIONS D'AVERTIR LE SECRÉTARIAT**

### MATERIEL A EMPORTER

CARTE D'IDENTITÉ  
 MAILLOT DE BAIN ET LINGE  
 CASQUETTE, LUNETTES DE SOLEIL, CRÈME SOLAIRE  
**PICNIC POUR MIDI**  
 ARGENT DE POCHE (NON OBLIGATOIRE)



## FICHE D'INSCRIPTION

### SORTIES ETE 2025

**J'INSCRIS MON ENFANT À :** (COCHEZ VOS CHOIX)

<input type="checkbox"/> JEUDI 3 JUILLET:	<b>SORTIE VITAM PARC</b>	= 15 CHF
<input type="checkbox"/> MERCREDI 2 JUILLET:	<b>SORTIE PLAGES EXCENEVEX</b>	= 10 CHF
<input type="checkbox"/> MARDI 1 JUILLET:	<b>SORTIE WATER CIRCUS</b>	= 15 CHF

#### REPRESENTANT LEGAL

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

NP / LOCALITE :

TELEPHONE

**TOTAL = CHF**

#### ENFANT

FILLE  GARÇON

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

#### CONTACT EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRENOM :

TELEPHONE

#### REMARQUES PARTICULIÈRES

(ALLERGIES, RESTRICTIONS ALIMENTAIRES, MALADIES, PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES A PRENDRE)

## CONSIGNES ET REGLES

Nous rendons attentifs les parents que nous interdisons formellement aux jeunes de prendre des initiatives personnelles sans consulter l'équipe d'animation. Nous déclinons toutes responsabilités en cas de non-respect de ces directives.

## ACCORD DU REPRÉSENTANT LEGAL

Par la présente, je déclare autoriser mon enfant à participer aux activités prévues dans le cadre de la sortie qui seront encadrées par des professionnels compétents. En cas d'urgence, j'autorise les responsables à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté.

**Date et lieu :**

**Signature:**