



# INSCRIPTION CENTRE AÉRÉ D'ÉTÉ 2022

## Cases à cocher :

du 4 au 8 juillet

du 15 au 19 août



Prénom

---

Nom

---

Date de naissance (jj.mm.aaaa)

---

Nom du représentant légal

---

Adresse

---

Téléphone

---

E-mail

---

Par cette inscription, j'autorise mon enfant à participer aux activités de l'équipe jeunesse de la Ville de Renens. Un protocole des mesures sanitaires liées au Covid-19 vous parviendra ultérieurement.

J'ai pris connaissance que, selon les recommandations de protection COVID de l'Office du médecin cantonal :

- les personnes (enfants) vulnérables ou en contact avec des personnes vulnérables dans leur cercle privé, de même que les personnes (enfants) qui ont été en contact avec une personne infectée moins de deux semaines avant le centre aéré doivent renoncer à leur participation.

- en cas de symptômes de suspicion COVID (fièvre, toux, déficience respiratoire ou perte de goût et/ou odorat) mon enfant ne doit pas participer aux centres aérés.

Si votre enfant se trouve dans l'une ou l'autre situation merci de contacter : 021 632 75 14

Signature du représentant légal

---

A compléter et retourner avec le questionnaire ci-joint au Service Culture-Jeunesse-Affaires scolaires, rue de Lausanne 21, 1020 Renens ou par mail à [jeunesse@renens.ch](mailto:jeunesse@renens.ch)

# QUESTIONNAIRE

## Centre Aéré

**Pour que votre enfant puisse être pris en charge dans les meilleures conditions, **MERCI** de remplir attentivement ce questionnaire et le retourner avec l'inscription**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Fille

Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Assurance maladie et accidents : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile (RC) : \_\_\_\_\_

Allergies éventuelles (alimentaires, respiratoires, cutanées, autres...) :  
\_\_\_\_\_

Médication : Durant la semaine, mon enfant suivra un traitement médical :  Oui  Non

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

**Si oui, merci de remettre le médicament à la personne responsable du groupe avec les recommandations d'usage.**

J'autorise les responsables du Centre Aéré à prendre les mesures d'urgence en cas de problème.

- J'accepte que mon enfant soit désinfecté au Merfen en cas de blessure
- J'accepte que du gel d'Arnica soit appliqué en cas d'hématome
- J'accepte que du Fenistil soit appliqué en cas de piqûre d'insecte

Quelques mots sur le caractère de votre enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Je ne souhaite pas que mon enfant apparaisse sur les photos prises par les animateurs-trices lors des journées d'accueil.**

Remarques particulières : \_\_\_\_\_

### Personne de contact durant l'activité

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Lieu, date et signature : \_\_\_\_\_