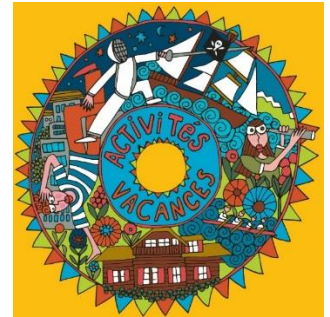


# CAMPS DE VACANCES 2022 À ONDALLAZ

## BULLETIN D'INSCRIPTION D'AUTOMNE

Je souhaite inscrire mon enfant pour le camp suivant :  
**(COCHER LE CAMP CHOISI)**

- Camp d'automne 1 du **17 au 21 octobre**, âge : 6 à 9 ans  
 Camp d'automne 2 du **24 au 28 octobre**, âge 9 à 12 ans



### UN BULLETIN D'INSCRIPTION PAR CAMP ET PAR ENFANT !

#### Prix des camps

	Renens 1 <sup>er</sup> enfant	Renens 2 <sup>ème</sup> enfant	Renens 3 <sup>ème</sup> enfant	Extérieur 1 <sup>er</sup> enfant	Extérieur 2 <sup>ème</sup> enfant	Extérieur 3 <sup>ème</sup> enfant
Camp d'automne 1 et 2	CHF 150.-	CHF 105.-	CHF 75.-	CHF 250.-	CHF 205.-	CHF 175.-

Demande de réduction : Je souhaite obtenir une réduction du prix du camp. Dans l'attente d'une décision, un montant de Fr. 50.- sera facturé.

Prénom de l'enfant :	Nom :
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
Prénom et Nom du représentant légal :	
<b>Adresse complète</b>	Mail :
Rue :	Portable :
Code postal et Ville :	Téléphone :

Le / la soussigné.e déclare prendre connaissance que l'inscription définitive n'interviendra que lors du paiement complet du camp. Une facture payable à réception sera remise dans un prochain courrier.

#### PERSONNE ATTEIGNABLE PENDANT LA DUREE DU CAMP

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Personne responsable	
NOM	
PRENOM	
TÉL. PORTABLE	
TÉL. PRIVE ou PROFESSIONNEL	

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Bulletin à retourner à :**  
**Service Culture-Jeunesse-Affaires scolaires,**  
**rue de Lausanne 21, Case postale, 1020 Renens**  
**ou par e-mail : [jeunesse@renens.ch](mailto:jeunesse@renens.ch)**

# FORMULAIRE DE SANTÉ

SEMAINE :  DU 17 AU 21 OCTOBRE 2022     DU 24 AU 28 OCTOBRE 2022

## ENFANT

F    G   **Prière d'écrire lisiblement dans les rubriques**

NOM ET PRENOM	
ASS. MALADIE	
PROBLEMES DE SANTE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels : _____ _____ Traitement : _____ _____
ALLERGIES	<b>ALLERGIES ALIMENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles : _____ _____  Merci de préciser si c'est : <input type="checkbox"/> une intolérance (maux de ventre, de tête...) si ingestion de l'allergène <input type="checkbox"/> elle met en danger l'enfant (ex : œdème, gonflement des lèvres...) si ingestion de l'allergène  Traitement médical si nécessaire : _____ _____
	<b>AUTRES ALLERGIES</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles (ex. Pollen) : _____ _____  Symptômes : _____ _____  Traitement médical si nécessaire : _____ _____
REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autres : _____
DIVERS (à l'intention de l'équipe afin d'accueillir au mieux votre enfant)	<i>somnambulisme, pipi au lit, etc</i> _____ _____
NIVEAU DE NATATION	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> avancé <input type="checkbox"/> ne sait pas nager Remarques : _____ _____

### MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION

Le père, la mère ou la personne responsable :

- Autorise la Direction du camp à prendre toute disposition d'urgence nécessaire à la santé de l'enfant susmentionné, en cas de maladie ou d'accident.

Renens, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Je prends acte que mon enfant peut être photographié pour le journal du camp visible sur le site internet de la Commune de Renens.