

**insieme-Genève – Séjours de vacances**

Association de parents et d'amis de personnes avec une déficience intellectuelle

7, rue de la Gabelle – 1227 Carouge

Tél. 022 343 17 20

vacances@insieme-ge.ch

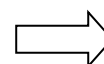
Photo

**À RENVOYER****BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION HIVER**⇒ Merci de bien vouloir compléter toutes les rubriques afin que l'inscription soit acceptéeJe souhaite que ma fille, mon fils ou la personne concernée puisse participer à un séjour de vacances organisé par **insieme-Genève** :**Séjour 17 : de 4 à 15 ans**, Maison Clair-Vivre, du 27 décembre 2025 au 3 janvier 2026 **Séjour 18 : de 15 à 25 ans**, Colonie de Genolier, du 27 décembre 2025 au 3 janvier 2026 **Séjour 19 : plus de 25 ans**, Colonie de Genolier, du 24 décembre 2025 au 3 janvier 2026 **Vacancière – Vacancier**

|  |  |
|--|--|
| Nom :  |  |
| Prénom :   |  |
| Date de naissance :  | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>                       |
| Nom de l'école ou de l'institution :   | Externe <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/>                  |
| Si interne, nom de la personne référente :   |  |
| Résidence / Appartement :  |  |
| Adresse :<br>NPA et ville :  | Déambulateur <input type="checkbox"/><br>Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> |
| Tél. direct :  | E-mail :   |
| Degré d'impotence : faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/>                                    |  |
| Suivi médical avec intervention aide-soignant ou infirmier oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui fréquence hebdomadaire : |  |
| N° AVS/AI :  |  |
| Nom de l'assurance RC :  | Numéro :   |

Remarques utiles pour l'inscription :

Suite au verso



**insieme-Genève – Séjours de vacances**

Association de parents et d'amis de personnes avec une déficience intellectuelle

7, rue de la Gabelle – 1227 Carouge

Tél. 022 343 17 20

vacances@insieme-ge.ch

**Parents ou représentant légal**

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| Nom :   |                                   |   |
| Prénom :  |                                   |   |
| Adresse :   |                                   | NPA et ville :  |
| Tél. portable :   | Tél. privé :                      | Tél. prof. :  |
| E-mail :  |                                   |   |
| <b>Si la personne inscrite a un curateur, veuillez SVP indiquer ses coordonnées complètes et vous assurer de son accord pour tout ce qui a trait aux aspects financiers et légaux :</b> |                                   |   |
| Nom :   |                                   |   |
| Prénom :  |                                   |   |
| Adresse :   |                                   | NPA et ville :  |
| Tél. portable :   | Tél. privé :                      | Tél. prof. :  |
| E-mail :  |                                   |   |
| La personne est-elle inscrite à un séjour organisé par un autre organisme ?   |                                   |   |
|   | 1 <sup>er</sup> choix             | 2 <sup>ème</sup> choix                                    |
| insieme-Genève  |                                   |   |
| Anyatas   |                                   |   |
| Cap Loisirs   |                                   |   |
| Cerebral  |                                   |   |
| Autre   |                                   |   |
| Veuillez absolument indiquer par qui sera réglé le montant du séjour  |                                   |   |
| Parents <input type="checkbox"/>  | Curateur <input type="checkbox"/> | Institution <input type="checkbox"/>                      |
| Pour le paiement, désirez-vous prendre contact avec le secrétariat ?  |                                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Lieu et date :

Signature parents ou représentant légal :    Signature éducateur référent :

.....

**A retourner au secrétariat d'insieme-Genève au plus tard le 31 août 2025**