

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

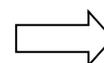
Photo

**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 : NPA et ville : | Déambulateur <input type="checkbox"/> 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 : | | |
| 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 : | | |
| 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 ^{er} choix | 2 ^{ème} 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