



# BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION AU CENTRE AERE DE PÂQUES 2024

Du 2 au 12 avril 2024 pour les enfants de la 1P à 8P

*Formulaire à retourner avant le 1<sup>er</sup> mars 2024 au secrétariat (rue du Môle 11)*

- Si votre enfant présente des **besoins d'accompagnement spécifiques**, la MQP l'accueille volontiers sous réserve d'être prévenue lors de la pré-inscription afin de trouver un-e accompagnateur-trice pour garantir une qualité d'accueil. Dans le cas contraire, la MQP se réserve le droit d'annuler l'inscription.
- Affaires à prendre : le/la représentant.e légal.e de l'enfant recevra une confirmation d'inscription avec au verso toutes les informations à ce sujet.
- Toute inscription confirmée est facturée, même si l'enfant ne vient pas (sauf sous présentation d'un certificat médical).

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Genre :  Fille  Garçon

Mon enfant va à l'école de : \_\_\_\_\_ Degré : \_\_\_\_\_P

**J'inscris mon enfant à la / aux semaine/s marquée/s d'une croix**  
Afin de répondre à votre demande et en fonction du nombre de places disponibles,  
nous essayerons d'octroyer au minimum une semaine par famille

1.  2 au 5 avril (4 jours)

2.  8 au 12 avril (5 jours)

**Si la semaine choisie est indisponible, est-ce que vous souhaitez préinscrire votre enfant pour l'autre semaine ?**

1.  OUI

2.  NON

Je, soussigné-e, parent et/ou représentant-e légal-e, inscris mon enfant avec son consentement aux activités organisées par la Maison de quartier des Pâquis. Je lui ai rappelé de respecter les consignes données par l'équipe d'animation ainsi que les règles de prudence habituelles. En cas d'urgence, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt-e à m'acquitter envers la Maison de quartier des sommes qu'elle aurait à assumer pour les soins prodigués à mon enfant, y compris les frais de transport, qui ne se seraient pas pris en charge par l'assurance maladie et accident.

Je confirme être au bénéfice d'une assurance responsabilité civile et que mon enfant est assuré auprès d'une caisse d'assurance pour maladie et accident, ces polices d'assurances couvrant toute la période du CA. En cas de dégâts causés par votre enfant, toute responsabilité sera déclinée par la MQP.

J'ai pris connaissance de l'importance de remettre à l'équipe une copie de l'attestation du Revenu Déterminant Unifié (RDU). Si ce document n'est pas remis lors de l'inscription, je prends note que le tarif maximum sera appliqué.

En cas d'annulation après le paiement, la somme de CHF 10.- (frais) par enfant sera retenue sur le remboursement.

Lieu et date : .....

NOM, prénom : ..... Signature : .....

NOM, prénom : ..... Signature : .....

### Le/La répondant-e légal-e a rempli et a retourné :

- la fiche sanitaire de l'enfant
- l'autorisation pour les documents photo-vidéo
- l'attestation RDU 2024
- l'attestation RC à jour

**Informations importantes (à conserver)**

Ce bulletin et l'attestation RDU 2024 doivent être déposés **au plus tard le vendredi 1<sup>er</sup> mars 2024** à la Maison de quartier des Pâquis, au Onze, rue du Môle 11. Ces documents peuvent être envoyés par mail à [mq.paquis@fase.ch](mailto:mq.paquis@fase.ch) dûment remplis et signés.

Pour l'obtention de votre attestation RDU 2024, merci de contacter le CCRDU au +4122.546.51.68 ou de leur adresser un courriel à [rdu@etat.ge.ch](mailto:rdu@etat.ge.ch). Vous pouvez également vous rendre à l'adresse suivante : <https://www.ge.ch/mon-revenu-determinant-unifie-rdu/obtenir-mon-attestation-rdu>.

En l'absence du RDU, le tarif maximum sera appliqué.

*Les demandes d'inscriptions reçues après le 1<sup>er</sup> mars 2024 seront traitées en fonction des places disponibles*

Une commission se réunira afin de répartir les demandes de pré-inscriptions dès le 5 mars 2024. Les pré-inscriptions seront réparties en fonction des places disponibles et vous recevrez un courrier indiquant si une place a été octroyée à votre enfant.

Si une place a été octroyée à votre enfant, une facture sera jointe au courrier de confirmation et sera à régler **avant le 22 mars 2024** afin de garantir la place.

Si nous ne disposons pas de place pour votre enfant, vous recevrez également un courrier et il sera inscrit sur la liste d'attente en cas de désistement.

Si vous ne souhaitez plus la place pour votre enfant, veuillez contacter le secrétariat (022.909.88.93 ou [mq.paquis@fase.ch](mailto:mq.paquis@fase.ch)). Le non-paiement de la facture ne fait pas office d'annulation. Si la facture n'est pas réglée dans les délais, la place de votre enfant sera attribuée à une autre famille.

**Tarif pour une & deux semaine/s selon le Revenu Déterminant Unifié total du groupe familial RDU 2024**

**Barème en CHF**

*Le tarif est dégressif pour le 2<sup>ème</sup> enfant de la même famille*

Revenus annuels du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit Semaine n°1 / 2	Revenus annuels du groupe familial (parents)	Tarif pour 1 enfant inscrit Semaine n°1 / 2
moins de 30'000.-	40.- / 50.-	de 84'001.- à 102'000.-	104.- / 130.-
de 30'001.- à 42'000.-	48.- / 60.-	de 102'001.- à 138'000.-	140.- / 175.-
de 42'001.- à 54'000.-	60.- / 75.-	de 138'001.- à 174'000.-	172.- / 215.-
de 54'001.- à 66'000.-	72.- / 90.-	de 174'001.- à 210'000.-	200.- / 250.-
de 66'001.- à 84'000.-	84.- / 105.-	Plus de 210'001.-	216.- / 270.-

**Exemple d'attestation RDU ci-dessous**

**REVENU DÉTERMINANT UNIFIÉ (RDU)  
ATTESTATION ANNUELLE**

2024

Noms & n° assurés

---

ANNÉE DE RÉFÉRENCE 2022

Charge(s) fiscale(s) 1  
1/2 charge(s) fiscale(s) 2

	COUPLE		
Revenu (voir le détail au verso)			
1/15 <sup>ème</sup> fortune (voir le détail au verso)			
<b>RDU socle</b> (= revenu + 1/15 <sup>ème</sup> fortune)			
Prestations sociales (dont enfants mineurs) Subsides (SAM) Allocation logement (OCLPF) PC Fam (SPC)			
<b>RDU total</b> (=RDU socle + prestations sociales)			

Montants en CHF

## FICHE SANITAIRE CENTRE AERE DE PÂQUES

Ces informations sont importantes pour assurer la santé et la sécurité de votre enfant et pour pouvoir vous joindre rapidement si nécessaire

### ENFANT

Nom		
Prénom		
Genre	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
Date de naissance		
Domicilié-e chez	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Parent 2
Mon enfant peut rentrer seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mon enfant sait nager	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mon enfant peut franchir la frontière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### REPRESENTANT LEGAL (merci de remplir les coordonnées de chaque parent)

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code postal & Ville		
☎ Privé		
☎ Portable		
☎ prof.		
✉ e-mail		
Profession		
Taux d'occupation %		
Lien avec le quartier	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> lieu de travail	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> lieu de travail
Devenir membre de l'association (CHF 20.-/an)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Je suis déjà membre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Je suis déjà membre

### PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Nom & prénom	Qualité (famille, amis, voisins, etc)	☎ Privé ; portable ; prof.

### Noms des assurances (les enfants ne sont pas assurés par la Maison de quartier)

Assurance maladie	
Assurance accident	
RC Responsabilité civile (parents)	

### Renseignements médicaux (joindre le certificat médical)

Allergies (aliments, médicaments, animaux, etc.)	
Maladie chronique	
Antécédents médicaux et chirurgicaux (avec dates)	
<u>Date du dernier rappel tétanos</u>	

### Divers

Régime alimentaire particulier (sans gluten, lactose, sans porc, etc.)	
Autres remarques	

Je, soussigné-e,

- déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la Maison de Quartier pendant le CA.
- autorise l'animateur.trice à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par un médecin.
- déclare avoir pris note que mon enfant est sous la responsabilité de la Maison de Quartier pendant les heures d'accueil.
- remets cette fiche au secrétariat de la Maison de Quartier (rue du Môle 11).
- souhaite soutenir l'association de la Maison de Quartier en devant membre individuel (cotisation de CHF 20.- par année civile).**

Genève, le .....Signature .....

## AUTORISATION POUR DOCUMENTS PHOTO-VIDEO

à retourner à la Maison de Quartier des Pâquis avec votre bulletin de pré-inscription

Nom et prénom de l'enfant : .....

Dans le cadre de nos activités, la réalisation de documents photos et/ou vidéo est pratique courante (jeux, sorties, anniversaires, fêtes, spectacles, etc.).

À tout moment, les parents sont en droit de voir les documents concernant leur enfant.

Ces documents peuvent être utilisés par la MQP (Newsletter, site internet de la MQP, les réseaux sociaux Facebook & Instagram, rapport annuel).

**En cas d'accord**, nous vous remercions donc de bien vouloir cocher la ou les cases pour lesquelles vous nous donnez l'autorisation d'utiliser les images et de signer cette autorisation :

- Newsletter, rapport annuel et brochure d'activités
  
- Facebook, Instagram et site internet de la MQP

J'ai pris connaissance des modalités concernant les documents photo et/ou vidéo. J'autorise la Maison de Quartier des Pâquis à réaliser et à utiliser ces documents comme indiqué ci-dessus.

Date : .....

Signature du/de la représentant-e légal-e : .....