



# 'HABAD DAY CAMP

case postale 6003, 1211 Genève 6

Téléphone: 022 860 86 00/13 Fax: 022 860 86 18

E-Mail : E-Mail :5781hdc@gmail.com

## FICHE D'INSCRIPTION DAY CAMP DU 29 juin AU 23 juillet 2021

**A retourner dûment remplie et signée**

Je soussigné, Monsieur, Madame \_\_\_\_\_ demande  
l'inscription de mon/mes enfant/s au **'Habad Day Camp - Gan Israël** pour les semaines suivantes :

29 juin au 02 juillet  05 au 09 juillet  12 au 16 juillet  19 au 23 juillet

**HORAIRE : de 09h00 à 16h00 (vendredi 15h00)**

**FAMILLE: Père** Nom \_\_\_\_\_ Prénom civil \_\_\_\_\_ Hébraïque \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Tél portable :** \_\_\_\_\_ **Tél travail:** \_\_\_\_\_

**Mère** Nom \_\_\_\_\_ Prénom civil \_\_\_\_\_ Hébraïque \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Tél portable :** \_\_\_\_\_ **Tél travail:** \_\_\_\_\_

**Adresse domicile :** \_\_\_\_\_

**Tél. domicile :** \_\_\_\_\_ **Autre numéro en cas d'urgence :** \_\_\_\_\_

### ENFANT(S):

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom civil : \_\_\_\_\_ Hébraïque : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

Date de naissance civile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hébraïque : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure de naissance : \_\_\_\_\_

*Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :*

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom civil : \_\_\_\_\_ Hébraïque : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

Date de naissance civile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hébraïque : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure de naissance : \_\_\_\_\_

*Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :*

A l'aide du tableau tarifaire ci-dessous, veuillez nous indiquer le montant total dont vous devrez vous acquitter, ainsi que le mode de paiement que vous désirez utiliser :

**TABLEAU TARIFAIRE \***

<b>INSCRIPTION POUR:</b>	<b>KIDDIE</b> (3 à 5 ans)	<b>JUNIOR</b> (6 à 8 ans)	<b>EXPLORER Filles</b> (9 à 12 ans)
<b>la semaine</b>	200.-	200.-	200.-
<b>2 Semaines</b>	350.-	350.-	330.-
<b>La semaine de camping</b>			260.-
<b>4 Semaines</b>	600.-	600.-	650.-

**TOTAL :** \_\_\_\_\_ **CHF**  Espèces  Chèques  CCP

**J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités. J'autorise d'autre part la direction du centre aéré à faire soigner mon enfant sur prescription médicale et j'en rembourserai les frais.**

FAIT A GENEVE LE:

SIGNATURE DES PARENTS: