



# TORAH CAMP

case postale 6003, 1211 Genève 6  
Téléphone: 022 860 86 00/13 Fax: 022 860 86 18  
E-Mail : 5781hdc@gmail.com

## FICHE D'INSCRIPTION TORAH 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 **TORAH CAMP** pour les semaines suivantes :

29 juin au 02 juillet 2021  05 au 09 juillet 2021  13 au 16 juillet 2021  19 au 23 juillet 2021

**HORAIRE : de 09h00 à 16h30 (vendredi 15h15)**

**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 \*

INSCRIPTION POUR:	Garçons (8 à 14 ans)
la semaine	200.-
2 Semaines	330.-
La semaine de camping	260.-
4 Semaines	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: