

ECOLES D'ETE 2009

Prière d'écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie

N° de fiche
Laisser libre SVP

Par fax au 022 418 40 01

Par fax au 022 418 40 01

Par fax au 022 418 40 01

J'INSCRIS MON ENFANT AU(X) COURS SUIVANT(S) (le nombre de cours n'est pas limité)

N°	Activités	Dates du cours
Cours : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cours : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cours : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENFANT un seul bulletin par enfant Fille Garçon

Je désire recevoir la/les brochure/s Ecoles d'hiver 2009-2010 Ecoles d'été 2010

Nom : Prénom :

Année de naissance : Ecole ou CO :

*Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ou d'un handicap particulier ?

.....

**Cette information sera traitée confidentiellement (voir brochure page 7)*

A remplir pour l'inscription à SPORIGINAL

Nous souhaitons que notre enfant soit dans le même groupe que son ami(e) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

NOM ET ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE

Nom : Prénom :

Adresse :

N° postal : Localité :

Tél. privé : Tél. prof. :

REPRESENTANT LEGAL / REpondant (si pas le même nom que ci-dessus)

Nom : Prénom :

Tél. privé : Tél. prof. :

Par ma signature, je certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription. Que l'enfant est au bénéfice d'une assurance accident et je m'engage à verser le montant correspondant au(x) cours.

Date : Signature des parents :
ou du répondant

Cette formule est à retourner au plus vite à l'adresse ci-dessous.
Service des sports de la Ville de Genève / Case postale 1769 - 1211 Genève 26

Les inscriptions seront traitées dans l'ordre chronologique de réception, jusqu'à ce que le cours soit complet.

Une confirmation vous parviendra deux à trois semaines au plus tard après la date de réception.



VILLE DE
GENÈVE

BULLETIN D'INSCRIPTION

