

Formulaire coordonnées du compte Passeport-Vacances

FONDATION O22 FAMILLES

Route de la Galaise 17
1228 Plan-les-Ouates
T 022 884 34 50
passeport.vacances@O22familles.ch

**L'ENVOI DE CE FORMULAIRE EST OBLIGATOIRE,
DÛMENT COMPLÉTÉ RECTO-VERSO, AVANT PAIEMENT,
AFIN DE VALIDER L'INSCRIPTION DEFINITIVE DE
VOTRE ENFANT A TOUTES LES ACTIVITES RESERVEES.**

PAS DE FORMULAIRE=ANNULATION SANS RAPPEL

A signer et transmettre uniquement par mail à
passeport.vacances@O22familles.ch

Les données demandées dans ce document sont utilisées pour la bonne gestion des inscriptions des enfants et de leur participation aux activités. En donnant ces informations, vous donnez votre consentement éclairé. Pour plus de détails, merci de vous référer au règlement et conditions générales, rubrique « Protection des données ».

Parent-s - Responsable-s légal-aux - Autre

1 - Parent/Responsable légal/Autre

Nom : Prénom :
Adresse de résidence :
Code postal : Ville :
Canton : Pays :
Téléphone portable : Téléphone fixe :
Email :

Pour les non-résidents du canton de Genève :

Nom de l'employeur :
Adresse :
Code postal : Ville :
Canton : Pays :

2 - Parent/Responsable légal/Autre

Nom : Prénom :
Adresse de résidence :
Code postal : Ville :
Canton : Pays :
Téléphone portable : Téléphone fixe :
Email :

Pour les non-résidents du canton de Genève :

Nom de l'employeur :
Adresse :
Code postal : Ville :
Canton : Pays :

Utilisateur principal du compte Passeport-Vacances

Parent/Responsable légal/Autre : 1 2

Enfant-s inscrit-s sur le compte (de la même fratrie ou pas)

Enfant 1

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse de résidence officielle : _____
Nom de la personne où habite officiellement l'enfant : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Nom de l'école : _____ Degré scolaire : __P
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Informations santé importantes :

(problèmes de santé, médicaments, allergies, intolérances, besoins spécifiques, etc.), pour la transmission des informations aux animateurs/moniteurs et en cas de prise en charge lors d'une urgence.

Etes-vous le tuteur légal de cet enfant ? oui non

Si non, quel est votre lien avec cet enfant : _____

Si NON, merci de compléter obligatoirement les données du tuteur légal :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Téléphone : _____

Enfant 2

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse de résidence officielle : _____
Nom de la personne où habite officiellement l'enfant : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Nom de l'école : _____ Degré scolaire : __P
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Informations santé importantes :

(problèmes de santé, médicaments, allergies, intolérances, besoins spécifiques, etc.), pour la transmission des informations aux animateurs/moniteurs et en cas de prise en charge lors d'une urgence.

Etes-vous le tuteur légal de cet enfant ? oui non

Si non, quel est votre lien avec cet enfant : _____

Si NON veuillez compléter le profil en bas de page du parent tuteur légal

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Téléphone : _____

Je soussigné-e NOM _____ PRENOM _____

Certifie que toutes les informations mentionnées ci-dessus sont exactes.

Fait à : _____ Le : _____

Signature : _____