**Formulaire d’inscription « Samedi des enfants »**

**COORDONNÉES des parents :**

**La mère :** **Le père :**

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPA/localité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Canton: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Canton: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone privé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. portable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél. portable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse e-mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de téléphone **d’urgence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COORDONNEES de l’enfant**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPA/localité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESCRIPTIF DU HANDICAP**

**Description du handicap**

Handicap mental  Handicap psychique  Handicap suite à une maladie

Difficulté d'apprentissage  Trouble du langage  Handicap par dépendance

Limitation de perception  Handicap de l’ouïe  Sans handicap

Handicap physique  Handicap de la vue  Autre handicap

**Description précise du handicap:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maladies / Particularités**

Description précise de la maladie / particularités  
(par ex. épilepsie, diabète, maladie cardiaque, allergies, asthme etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mobilité**L’enfant peut marcher en complète autonomie  oui  non

L’enfant peut s’assoir seul  oui  non

L’enfant peut rester debout  oui  non

L’enfant arrive à monter seul les escaliers  oui  non

L’enfant est complètement autonome avec sa chaise  oui  non

Autre besoin spécifique (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacts sociaux :**Mon enfant rentre facilement en relation avec d’autres enfants  oui  non  
  
Mon enfant a déjà effectué des ateliers avec d’autres enfants  oui  non  
  
Mon enfant est en difficulté pour jouer avec d’autres enfants  oui  non

Autre besoin spécifique (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propreté :**   
  
Mon enfant est propre  oui  non  
  
Mon enfant porte des couches  oui  non  
  
Autre besoin spécifique (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Moyens auxiliaires**

Remarques (déambulateur, appareil auditif …) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alimentation/allergies :**

Mon enfant mange en parfaite autonomie :  oui  non

Mon enfant a besoin de l’aide pour couper des aliments :  oui  non

Mon enfant a besoin d’une aide spécifique lors des repas :  oui  non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mon enfant a des allergies :  oui  non

Si plusieurs allergies, merci de préciser à chaque fois l’allergie et son traitement, (posologie du traitement).  
  
Allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posologie et traitement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fournir les médicaments à la responsable au début de chaque jour des   
 activités.

Autre besoin spécifique à préciser ici : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Le représentant-e légal-e de l’enfant confirme avoir lu et compris les conditions/règlement des activités du samedi de Procap Genève.**
* **Dans le cas où un enfant est sous curatelle, le curateur doit obligatoirement signer l’inscription afin que celle-ci soit valable (voir signatures ci-dessous).**

Date : Signature du représentant légal :

**Les signatures** „**par ordre" ou** „**par procuration" ne sont pas prises en considération !**

Votre inscription sera traitée avec le plus grand soin et confirmée par écrit. Une fois la confirmation reçue, un entretien individuel avec les parents pourra être organisé.

Akshita et Vanessa

**Les samedis des enfants**

Procap Genève  
Rue des Minoteries 3  
1205 Genève

022/329.51.50  
[geneve@procap.ch](mailto:geneve@procap.ch)