

| PARTICIPANT-E  |   |  |
|--|---|--|
| Nom :  | <input type="text"/>                                | Prénom : <input type="text"/>  |
| Date de naissance :  | <input type="text"/>                                | Alloc. impotence : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grave |
| Institution :  | <input type="text"/>                                | Référent : <input type="text"/>  |
| Adresse : <input type="text"/>   |   |  |
| Tél. :   | <input type="text"/>                                | Email : <input type="text"/>   |
| Veuillez indiquer vos préférences d'accueil pour les week-ends :   |   | <input type="checkbox"/> <b>Accueil week-end complet</b>   |
|  |   | <input type="checkbox"/> <b>Accueil à la journée</b><br>Demande particulière : <input type="text"/>                |
| ACTIVITÉS DE LOISIRS   | 2024  | 2025   |
| <b>Week-ends Enfants-Ados</b><br>nés entre 2003 et 2017<br>(6 à 20 ans)  | <input type="checkbox"/> 21-22 septembre            | <input type="checkbox"/> 25-26 janvier   |
|  | <input type="checkbox"/> 02-03 novembre             | <input type="checkbox"/> 15-16 février   |
|  | <input type="checkbox"/> 30 nov.- 01 déc.           | <input type="checkbox"/> <b>15-16 mars (réservé aux fratries)</b>  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 17-18 mai   |
| <b>Week-ends Jeunes Adultes</b><br>nés entre 1995 et 2002<br>(21 à 28 ans)   | <input type="checkbox"/> 28-29 septembre            | <input type="checkbox"/> 01-02 février   |
|  | <input type="checkbox"/> 09-10 novembre             | <input type="checkbox"/> <b>22-25 février (4j)</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> 07-08 décembre             | <input type="checkbox"/> 22-23 mars  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 12-13 avril   |
| <b>Week-ends Adultes groupe A</b><br>nés entre 1981 et 1994<br>(29 à 41 ans)   | <input type="checkbox"/> 05-06 octobre              | <input type="checkbox"/> 18-19 janvier   |
|  | <input type="checkbox"/> 16-17 novembre             | <input type="checkbox"/> 08-09 février   |
|  |   | <input type="checkbox"/> <b>06-09 mars (4j)</b>  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 05-06 avril   |
|  |   | <input type="checkbox"/> 10-11 mai   |
| <b>Week-ends Adultes groupe B</b><br>nés entre 1954 et 1980<br>(dès 42 ans)  | <input type="checkbox"/> 12-13 octobre              | <input type="checkbox"/> 11-12 janvier   |
|  | <input type="checkbox"/> 23-24 novembre             | <input type="checkbox"/> <b>27 fév.-02 mars (4j)</b>   |
|  |   | <input type="checkbox"/> 29-30 mars  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 03-04 mai   |
|  |   | <input type="checkbox"/> 24-25 mai   |
| <b>Séances Massages Relaxation</b><br>(adolescents - adultes)  | <input type="checkbox"/> 04 octobre                 | <input type="checkbox"/> 17 janvier  |
|  | <input type="checkbox"/> 01 novembre                | <input type="checkbox"/> 14 février  |
|  | <input type="checkbox"/> 13 décembre                | <input type="checkbox"/> 14 mars   |
|  |   | <input type="checkbox"/> 11 avril  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 09 mai  |
| <b>De préférence pour la séance</b><br>de 16h <input type="checkbox"/> de 17h <input type="checkbox"/> de 18h <input type="checkbox"/> |   |  |
| <b>Groupe Discussion</b><br>dès 16 ans   | <input type="checkbox"/> Souhaite participer        | <b>Dates à confirmer</b>   |
|  | <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas participer |  |

| SÉJOURS DE VACANCES  | 2024-2025  |
|--|--|
| Séjour de Nouvel An à Onex<br>Adultes en institution et sans famille | <input type="checkbox"/> 27 décembre 2024 au 03 janvier 2025 |
| Séjour de Pâques à Onex<br>Enfants-Ados nés entre 2003 et 2018       | <input type="checkbox"/> 19 au 26 avril 2025                 |

| REPRESENTANTS LEGAUX – Parent 1    | Parent 2 ou curateur               |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Nom, Prénom : <input type="text"/> | Nom, Prénom : <input type="text"/> |
| Rue : <input type="text"/>         | Rue : <input type="text"/>         |
| NPA Ville : <input type="text"/>   | NPA Ville : <input type="text"/>   |
| Tél.: <input type="text"/>         | Tél.: <input type="text"/>         |
| Email : <input type="text"/>       | Email : <input type="text"/>       |

| CORRESPONDANCE AU SUJET DES ACTIVITÉS <span style="float: right;">plusieurs réponses possibles</span> |                                   |                                   |                                   |                                      |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Participant  | <input type="checkbox"/> Parent 1 | <input type="checkbox"/> Parent 2 | <input type="checkbox"/> Curateur | <input type="checkbox"/> Institution |

| FACTURATION DES SÉJOURS DE NOUVEL AN ET DE PÂQUES |                                   |                                   |                                   |                                      |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Participant              | <input type="checkbox"/> Parent 1 | <input type="checkbox"/> Parent 2 | <input type="checkbox"/> Curateur | <input type="checkbox"/> Institution |

| CONDITIONS GENERALES   |
|--|
| <p>En signant ci-dessous, j'atteste :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>avoir pris connaissance des conditions générales et de la déclaration sur la protection des données sur le site internet de Cerebral Genève et les accepter.</li> <li>donner mon accord pour que mes données, ainsi que celles du/de la participant-e puissent être transmises à l'OFAS, à des fondations et à l'organisation faitière Cerebral Suisse. Ce consentement est obligatoire, car nos prestations sont financées par des subventions de l'OFAS et/ou d'autres organisations. Sans ce consentement, des frais de 272 fr./jour d'activité seront facturés en sus.</li> <li>être conscient-e que ces données personnelles peuvent être transmises à des tiers (organismes tiers d'activités, hôtel, etc.) afin de pouvoir organiser nos prestations et d'en assurer la qualité.</li> <li>Je donne mon accord pour que les institutions qui en ont connaissance soient autorisées à transmettre à Cerebral Genève des données administratives ou médicales me concernant ou concernant le ou la participant-e lorsque ces dernières sont nécessaires pour le séjour auquel je m'inscrits.</li> </ul> <p>Les informations contenues dans ce formulaire, ainsi que celles transmises dans la fiche de renseignements, dans la décharge d'activité et d'autres documents facilitant l'accompagnement, sont traitées de manière confidentielle et sont utilisées exclusivement pour l'organisation, la réalisation et la facturation de la prestation concernée. Pour toute autre question concernant l'utilisation et la protection de vos données, vous pouvez contacter le secrétariat : <a href="mailto:info@cerebral-geneve.ch">info@cerebral-geneve.ch</a></p> |

| SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Lieu, Date : <input type="text"/> | Signature : <input type="text"/> |

## **DÉLAI DE RETOUR AU SECRÉTARIAT: Vendredi 21 JUIN 2024**

**N'hésitez pas à vous inscrire pour un essai, même si vous ne participez pas aux autres activités de l'association.** Merci de renvoyer ce bulletin par mail à [info@cerebral-geneve.ch](mailto:info@cerebral-geneve.ch) ou par courrier à l'adresse suivante :

**Association Cerebral Genève, ch. de Sur-le-Beau 16, 1213 Onex**

### **ATTENTION**

**Pour que l'inscription soit valable, le bulletin d'inscription doit être obligatoirement signé par le représentant légal.**

**Toutefois, merci aux référents des institutions qui remplissent ce document de bien vouloir nous en transmettre une copie avant envoi aux curateurs, afin que nous puissions planifier les inscriptions au plus vite.**