



ÉVEIL À LA FOI OECUMENIQUE 2025-2026 INSCRIPTIONS

à retourner au plus vite au secrétariat responsable de l'enfance:
Secrétariat de la paroisse d'Anières-Vésenaz 5, ch de Cortenaz - 1247 Anières
ou e-mail : enfance.arveetlac@protestant.ch

J'inscris mon/mes enfant(s) à l'Éveil à la Foi pour l'année 2025-2026

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Degré scolaire et école : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Degré scolaire et école : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Degré scolaire et école : _____

Coordonnées familiales :

Adresse et NP : _____

Nom et Prénom du parent 1 : _____

Téléphone portable parent 1 : _____

Courriel du parent 1 (obligatoire) : _____

Nom et Prénom du parent 2 : _____

Téléphone portable parent 2 : _____

Courriel du parent 2 : _____

Frères et sœurs (non-inscrits à l'éveil à la foi):

Nom, Prénom	Date de naissance	Degré scolaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Suite au verso ➔

Groupe souhaité :

- ☐ Vandoeuvres - Choulex (en alternance, mensuel, les lundis de 16h15 à 17h30)
- ☐ Jussy - Puplinge (en alternance, mensuel les mardis de 16h15 à 17h30)
- ☐ Anières/Vésenaz* - Meinier- (en alternance, mensuel, les jeudis de 16h15 à 17h30)
- ☐ Chêne-Bourg (mensuel, les jeudis de 16h15 à 17h30)
- ☐ Chêne-Bourg (mensuel, les samedis de 9h30 à 10h45)

(*en fonction des inscrits)

Coordonnées de l'accompagnant :

Nom et prénom : _____

Courriel (obligatoire) : _____

Téléphone portable : _____

Remarques (allergies alimentaires, etc.) : _____

DÉCHARGE ET ENGAGEMENTS :

Je soussigné-e _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille.

Par ailleurs :

- J'autorise le/la responsable des rencontres d'Eveil à la foi à prendre les mesures appropriées pour garantir la santé de l'enfant (médication simple avec la pharmacie du lieu ou selon les indications fournies) ;
- J'autorise le/la responsable des rencontres d'Eveil à la foi à prendre toutes les mesures nécessaires pour gérer une situation d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport d'urgence, etc.). Il va de soi que le/la responsable s'efforcera, dans la mesure du possible, de me joindre avant ;
- Je m'engage à rembourser à la Région Arve et Lac les frais de santé occasionnés par la prise en charge de l'enfant ;
- Je m'engage à rembourser à la Région Arve et Lac les frais liés à des dommages que l'enfant aurait créés ;
- Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance maladie, accident et responsabilité civile
- J'autorise la région Arve et Lac à utiliser les photos et vidéos réalisées pendant les rencontres et cultes pour la promotion de ses activités et les reflets de celle-ci, notamment sur le site arve-et-lac.epg.ch
- J'accepte que les coordonnées de la famille (pas les indications médicales) soient transmises à l'Eglise Protestante de Genève, entité qui emploie les pasteurs qui accompagnent vos enfants. Pour tout renseignement sur la collecte et le traitement des données personnelles par l'Eglise protestante de Genève, merci de consulter notre déclaration de protection des données et notre politique de confidentialité sur <https://epg.ch/confidentialite/>

Date _____

Signature des répondants légaux :