



**Centre ACAF**

**centre de loisirs**

Ouverture du centre : 7 h - 17 h

**Enfant**

**Nom:**

**Prénom:**

**Date Naissance:**

**Age :**

**Ecole:**

**Classe**

**Parents (ou responsable)**

**Nom :**

**Prénom :**

Adresse:

Quartier:

Commune:

BP:

CP:

**Téléphone** Domicile :

ou :

Travail

ou :

Email

N° Cafat:

N° Alloc Cafat

autre:

**Comité d'entreprise**

**Fax**

**Périodes/Tarifs**

Périodes	Tarifs	Ramassage
du17/12/2018au21/12/2018		
du24/12/2018au28/12/2018		
du31/12/2018au04/01/2019		
du02/01/2019au04/01/2019		
du07/01/2019au11/01/2019		
du14/01/2019au18/01/2019		
du21/01/2019au25/01/2019		
du28/01/2019au01/02/2019		
du04/02/2019au08/02/2019		
du11/02/2019au15/02/2019		

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances P		
CAFAT		
CAFAT		

**Total Prise en charg**

**Paiements**

Mode	Montant	Référence
Chèque		
Espèces		
Virement		

**Total Payé**

**Total à payer**

0

**Remboursements**

**Observations:**

- >> Les annulations d'inscriptions doivent se faire 72 hres avant le premier jour de la semaine concernée, 500 f par semaine sont retenus pour frais d'inscription. Aucun remboursement n'est effectué dans les autres cas quel que soit le motif de l'absence.
- >> La perte ou le vol des objets de valeur ne sont pas sous la responsabilité de l'ACAF.

## Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant

11 Rue des Frères Vautrin, 1ère Vallée du Tir, BP 10042 - 98805 Nouméa Cedex  
Tél : 28 15 05 / Fax : 27 70 89 E-mail : [acaf@acaf.nc](mailto:acaf@acaf.nc) / site : [www.acaf.nc](http://www.acaf.nc)  
Ridet 182832001

### Centre ACAF : centre de loisirs

#### Enfant

Nom:

Prénom:

Date Naissance:

Ecole:

Age :

#### Informations sanitaires

Classe:

##### Vaccination

DTC1:  DTC2:

BCG1:  BCG2:

Est-il allergique:

Est-il diabétique:

Est-il asthmatique:

##### Sait-il nager ?

- Oui  
 Non  
 Un Peu

Observations:

#### AUTORISATION

Fait à Nouméa le : **mardi 13 novembre 2018**

Je soussigné(e).....responsable légal(e) de

l'enfant : .....(nom, prénom de l'enfant)

>> J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du centre.

>> J'autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin et j'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

>> J'autorise la prise de photos de mon enfant et j'accepte la publication dans la presse ou autres supports  Oui  Non

>> Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature du responsable légal de l'enf