

**Centre ACAF****Centre de Loisirs 2019**

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
du08/04/2019au12/04/2019		
du10/06/2019au14/06/2019		
du17/06/2019au21/06/2019		
du12/08/2019au16/08/2019		
du19/08/2019au23/08/2019		
du14/10/2019au18/10/2019		
du21/10/2019au25/10/2019		

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances P		
CAFAT		
CAFAT		

**Total Prise en charge****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 / site : www.acaf.nc  
Ridet 182832001

### Centre ACAF : Centre de Loisirs 2019

#### 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 : **jeudi 7 mars 2019**

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