

**Centre ACAF** .....

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
du 19/02/2025 au 02/04/2025		
du 23/04/2025 au 04/06/2025		
du 25/06/2025 au 06/08/2025		
du 27/08/2025 au 08/10/2025		
du 29/10/2025 au 17/12/2025		

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
Service Vie des Qua		

**Total Prise en charge****Paiements**

Mode	Montant	Référence
Chèque		
Chèque		
Espèces		
Espèces		
Virement		
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 : :.....

**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 : ...../...../.....

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'enfant