



**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 15/02/2023 au 29/03/2023		
du 19/04/2023 au 31/05/2023		
du 21/06/2023 au 02/08/2023		
du 23/08/2023 au 04/10/2023		
du 25/10/2023 au 13/12/2023		

**Prises 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 : :.....

**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