



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 01/04/2024 au 05/04/2024 | | |
| du 08/04/2024 au 12/04/2024 | | |
| du 03/06/2024 au 07/06/2024 | | |
| du 10/06/2024 au 14/06/2024 | | |
| du 05/08/2024 au 09/08/2024 | | |
| du 12/08/2024 au 16/08/2024 | | |
| du 07/10/2024 au 11/10/2024 | | |
| du 14/10/2024 au 18/10/2024 | | |

Prises en charge

| Aides | Valeur | Référence |
|-------------------|--------|-----------|
| CAFAT | | |
| Aide aux vacances | | |
| DPASS-SUD | | |
| CCAS NOUMEA | | |

Total Prise en charg

Paiements

Total à payer _____

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 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 :/...../20.....

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