



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 07/04/2025 au 11/04/2025		
du 14/04/2025 au 18/04/2025		
du 09/06/2025 au 13/06/2025		
du 16/06/2025 au 20/06/2025		
du 11/08/2025 au 15/08/2025		
du 18/08/2025 au 22/08/2025		
du 13/10/2025 au 17/10/2025		
du 20/10/2025 au 24/10/2025		

Prises en charge

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances P		
CAFAT		
DPASS SAS		
Association		

Total Prise en charge

Paiements

Mode	Montant	Référence
Chèque		
Espèces		
Virement		

Total Payé

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 / 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