ACAF - Association Calédonienne Pour l'Animation et la Formation

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	
du05/04/2027au09/04/2027			
du12/04/2027au16/04/2027			
du07/06/2027au11/06/2027			
du14/06/2027au18/06/2027			
du09/08/2027au13/08/2027			
du16/08/2027au20/08/2027			
du11/10/2027au15/10/2027			
du18/10/2027au22/10/2027			

Prises en charge

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances		
CAFAT		
DPASS SAS		
Association		

Total Prise en charg

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

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 : inscriptions.a@acaf.nc - www.acaf.nc - Ridet 182832001

Centre ACAF : :.....

Enfant Nom: Prénom:

Date Naissance: Ecole: Age :

Classe:

Informations sanitaires

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'enfant