

**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 18/02/2026 au 01/04/2026		
du 22/04/2026 au 03/06/2026		
du 24/06/2026 au 05/08/2026		
du 26/08/2026 au 07/10/2026		
du 28/10/2026 au 16/12/2026		

Prises en charge

Aides	Valeur	Référence
Service Vie des Qua		

Total Prise en charg**Paielements**

Mode	Montant	Référence
Chèque		
Chèque		
Espèces		
Espèces		
Virement		
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 - E-mail : inscriptions.a@acaf.nc - www.acaf.nc
182832001

Ridet

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 :/...../2026

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