



**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 ...../20.....au...../20.....			
du ...../20.....au...../20.....			
du ...../20.....au...../20.....			

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
CAFAT		
Aide aux vacances		
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

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.  
Centre de vacances – camp de scoutisme-centre de loisirs*

**Centre :** \_\_\_\_\_

## I. Enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... Sexe : garçon fille Sait-il nager ? oui non

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

**RAPPEL :** Un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)

**II. Vaccinations :** *(remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, voir 1)*

VACCINS	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Polio	
Diphtérie	
Tétanos	
Coqueluche	
Hémophilus B	
Rougeole	
Oreillon	
Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

## **II. Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes, voir 1 :

Maladies	Oui	Non
Angines		
Coqueluches		
Rougeole		
Rhumatismes		
Rubéole		
Varicelle	s	
Scarlatine		
Otites		
Allergie		
Oreillon		
Asthme		

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, voir 1)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **IV- Recommandations des parents :**

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? non oui  
Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez **impérativement** fournir les médicaments et **impérativement joindre l'ordonnance** qui devra être explicite.

Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

L'enfant mouille-t-il son lit ?            non                            occasionnellement            oui  
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?            non                            oui

**V-Tuteur légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période du séjour) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

N°CAFAT/RUAM : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° Aide médicale : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° COJH ou CORH : \_\_\_\_\_

**(1) ces rubriques ne sont pas obligatoires s'il est fourni un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations**

Je soussigné (e)..... tuteur légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. 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'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date et signature du tuteur légal de l'enfant :

Disposer la mention « **lu et approuvé** »

**Partie réservée à l'organisateur**

Lieu du centre de vacances : \_\_\_\_\_

Départ le : \_\_\_\_\_ arrivée le : \_\_\_\_\_