



**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 22/12/2025 au 26/12/2025		sauf le 25/12
du 29/12/2025 au 02/01/2026		sauf le 01/01
du 05/01/2026 au 09/01/2026		
du 12/01/2026 au 16/01/2026		
du 19/01/2026 au 23/01/2026		
du 26/01/2026 au 30/01/2026		
du 02/02/2026 au 06/02/2026		
du 09/02/2026 au 13/02/2026		

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances		
CAFAT		
Association		
CLICK AND MOUV		
Autres		

**Total Prise en charg**

**Paiements**

Mode	Montant	Référence
Espèces		
Chèque		
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

11 Rue des Frères Vautrin, 1ère Vallée du Tir, BP 10042 - 98805 Nouméa Cedex  
Tél : 28 15 05 / Email : inscriptionsacaf.a@gmail.com - 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