

**Centre ACAF : NETCHA - CAMP OCT 2020**

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 12/10/2020 au 19/10/2020		

**Prises en charge**

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances		
CAFAT		
CCAS NOUMEA		

**Total Prise en charge****Paiements****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 / Fax : 27 70 89 E-mail : acaf@acaf.nc / site : www.acaf.nc  
Ridet 182832001

**Centre ACAF : NETCHA - CAMP OCT 2020**

**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 : **mercredi 9 septembre 2020**

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 : \_\_\_\_\_