

**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 08/08/2022 au 12/08/2022		
du 15/08/2022 au 19/08/2022		

Prises en charge

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances P		
CAFAT		

Total Prise en charge**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

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 : :.....

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 : **mercredi 22 juin 2022**

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	

III. Renseignements médicaux concernant l'enfant:

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

(Cocher oui ou non)

Maladies	OUI	NON
Rubéole :		
Varicelle		
Angines		
Rhumatismes		
Scarlatine		
Allergies		
Coqueluche		
Otites		
Asthme		
Rougeole		
Oreillons		

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

du au

du au

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

Autorisez-vous votre enfant à être pris en photos ? 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 »