



ACAF - Association Calédonienne Pour l'Animation et la Formation

**Centre ACAF CENTRE DE LOISIRS ADAPTE 2021**

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
du08/11/2021au10/11/2021	6 000	
du10/11/2021au12/11/2021	6 000	
du15/11/2021au17/11/2021	6 000	
du17/11/2021au19/11/2021	6 000	
du22/11/2021au24/11/2021	6 000	
du24/11/2021au26/11/2021	6 000	
du29/11/2021au01/12/2021	6 000	
du01/12/2021au03/12/2021	6 000	
du06/12/2021au08/12/2021	6 000	
du08/12/2021au10/12/2021	6 000	

**Prises en charge**

**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 /Fax : 27 70 89 E-mail : acaf@acaf.nc / site : www.acaf.nc  
Ridet 182832001

**Centre ACAF : CENTRE DE LOISIRS ADAPTE**

**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 : ...../...../ 2021

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