

**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
du03/04/2023au07/04/2023		
du10/04/2023au14/04/2023		
du05/06/2023au09/06/2023		
du12/06/2023au16/06/2023		
du07/08/2023au11/08/2023		
du14/08/2023au18/08/2023		
du09/10/2023au13/10/2023		
du16/10/2023au20/10/2023		

Prises 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

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 :/...../2023

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