



Centre ACAF:

centre de loisirs

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 13/08/2018 au 17/08/2018			
du 20/08/2018 au 24/08/2018			
du 15/10/2018 au 19/10/2018			
du 22/10/2018 au 26/10/2018			

Prises en charge

Aides	Valeur	Référence
Aide aux vacances P		
CAFAT		
CAFAT		
CCAS NOUMEA		
CCAS NOUMEA		

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 : centre de loisirs

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 : mardi 17 juillet 2018

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