



AUTORISATION DE PAYER LES PRESTATIONS A UN TIERS DELEGUE PAR L'ASSURE

Je soussigné (1) domicilié

numéro d'immatriculation (2)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

déclare par la présente autoriser M. Directeur colonie (3) domicilié

 à percevoir pour moi les prestations de Sécurité Sociale qui me sont dues.

Signature du mandataire

(celui-ci doit se munir d'une pièce d'identité) Centre Jean Andros

Le Carruge 71260 Péronne

03 85 36 94 21

Date :

Signature de l'assuré

(1) Nom et prénoms de l'assuré bénéficiaire.

(2) Reporter le numéro d'immatriculation indiqué sur la carte d'immatriculation de l'assuré.

(3) Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal concernant la personne autorisée à percevoir les prestations.

N.B. - La délégation ne fait pas obstacle au droit de la Caisse de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les prestations par la poste (art. 85, 4e alinéa du décret du 29 décembre 1945).

IMPORTANT : « LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale, L 441-1 du Code Pénal) ».

La présente déclaration n'est valable que trois mois à compter de la date d'établissement.

11.00003-Com-07/08

CRICAM CENTRE LOIRE 02/06/2010 VIERZON BOURGNEUF 00515 Tel. 0978978978 Fax. 0000000000

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Utilisation 

Intitulé du Compte : ŒUVRE DE VACANCES DE PERONNE

8 PLACE MALUS

18000 BOURGES

DOMICILIATION

14806	18000	34010220000	37
Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB

 IBAN (International Bank Account Number)

FR76	1480	6180	0034	0102	2000	037
------	------	------	------	------	------	-----

Code BIC (Bank Identification Code) - Code  swift

AGRIFRPP848

Siret n°

77501838500010

RNA n°

W181002712

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant

Nom Prénom

Garçon Fille date de naissance

Vaccinations : joindre la photocopie des pages correspondantes du carnet de santé



Précisez ici les autres difficultés de santé en donnant les dates (accidents, Crises convulsives, allergies, hospitalisations ...)

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, Lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Recommandations des parents : utiliser le verso.

Recommandations des parents :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autorisation parentale

Je soussigné, (nom, prénom du responsable légal)

Domicilié

Téléphone

N° SS Caisse de

Mutuelle

Titulaire CMU oui non (si oui joindre les imprimés)

Nom, prénom de
l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise :

L'enfant à participer à toutes les activités du centre.

La parution des photos des enfants en activité qui paraissent chaque jour sur le site internet de la colo www.colo-peronne.fr.

Le directeur du centre Jean Andros

- À prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux prescrits par le médecin, soins dentaires, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant désigné ci-dessus
- A percevoir les prestations sécurité sociale correspondants à ces soins

Fait à Le

signature