



CENTRE JEAN ANDROS
1054 route du Carruge
71260 Péronne

FICHE DE RENSEIGNEMENT ENFANT

ENFANT		Séjour			Durée	
Nom :		Juillet	du :		au :	
Prénom :		Août	du :		au :	
Né le :						
à :						
Sexe :						
					Total	

FICHE PÈRE	
Nom :	
Prénom :	
Employeur :	CE ?
Adresse	
Rue :	
N° :	
CP :	AP ?
Ville :	
Tél fixe :	
Portable :	
Courriel :	

Autorité Parentale	
Nom :	
Prénom :	
Adresse	
Rue :	
N° :	
CP :	
Ville :	
Téléphone :	

FICHE MÈRE	
Nom :	
Prénom :	
Employeur :	CE ?
Adresse	
Rue :	
N° :	
CP :	AP ?
Ville :	
Tél fixe :	
Portable :	
Courriel :	

N° CAF :		QT :		Dpt :	
----------	--	------	--	-------	--

AS :

Lieu de départ souhaité :

Remarques utiles concernant l'enfant :



CENTRE JEAN ANDROS
1054 route du Carruge
71266 Péronne

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :
Né le : à :
Sexe :

Lunettes : Toujours ?
Toutes activités possibles ?
Régime ?

Séjour			
Juillet	du :		au :
Août	du :		au :

L'enfant suit-il un traitement ?

Si oui, lequel ?

Joindre l'ordonnance

L'enfant mouille t-il son lit ?
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Joindre la photocopie des pages correspondantes du carnet de vaccination

Recommandations des parents concernant l'enfant :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné :	
Adresse	
Rue :	
N° :	
CP :	
Ville :	
Téléphone :	
Numéro S.S.	
Caisse de :	

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 de l'enfant en activité qui paraissent chaque jour sur le site internet de la colo : www.colo-peronne.fr
- Le directeur du centre Jean Andros
 - A prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux prescrits par le médecin, soins dentaires, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant désigné ci-dessus
 - A percevoir les prestations Sécurité Sociale et Mutuelle Santé correspondant à ces soins.

Fait à :

Le :

Signature

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-Cor-07/06

CRCAM CENTRE LOIRE 02/06/2010 VIERZON BOURGNEUF 00515 Tel. 0978978978 Fax. 0000000000
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
 Utilisation gib

Siret n°
 77501838500010

Intitulé du Compte :OEUVRE DE VACANCES DE PERONNE
 8 PLACE MALUS
 18000 BOURGES

RNA n°
 W181002712

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

⊕ IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1480	6180	0034	0102	2000	037

Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift:

AGRIFRPP848

Je soussigné :																								
Adresse :																								
N° SS :																								
Mutuelle :					N° :																			
Autorise le directeur du centre Jean Andros à percevoir pour moi les prestations qui me sont dûes.																								
Date :																								
Signature :																								
CRCAM CENTRE LOIRE 02/06/2010 VIERZON BOURGNEUF 00515 Tel. 0978978978 Fax. 0000000000 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE Utilisation gib Intitulé du Compte :OEUVRE DE VACANCES DE PERONNE 8 PLACE MALUS 18000 BOURGES DOMICILIATION <table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td>14806 Code établissement</td> <td>18000 Code guichet</td> <td>34010220000 Numéro de compte</td> <td>37 Clé RIB</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td colspan="7">⊕ IBAN (International Bank Account Number)</td> </tr> <tr> <td>FR76</td> <td>1480</td> <td>6180</td> <td>0034</td> <td>0102</td> <td>2000</td> <td>037</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift: AGRIFRPP848</p>							14806 Code établissement	18000 Code guichet	34010220000 Numéro de compte	37 Clé RIB	⊕ IBAN (International Bank Account Number)							FR76	1480	6180	0034	0102	2000	037
14806 Code établissement	18000 Code guichet	34010220000 Numéro de compte	37 Clé RIB																					
⊕ IBAN (International Bank Account Number)																								
FR76	1480	6180	0034	0102	2000	037																		
Siret n° 77501838500010																								
RNA n° W181002712																								