

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR L'INSTITUTION ORGANISATRICE

La direction de _____
certifie que l'enfant (nom + prénom), dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, a fréquenté (*):

- le camp de jeunesse, du au
- les classes de neige/mer/forêt, du au
- le stage sportif ou culturel, du au
- le voyage scolaire, du au

Bénéficiaire reconnu handicapé: OUI NON

Etes-vous aidant proche ? OUI NON

Une somme de € a été perçue.

Cachet de l'institution:

Date:

Signature du responsable de l'institution

L'intervention est octroyée à tout affilié, jusque 18 ans inclus, pendant sa scolarité, à raison d'un max. de 100 € par année civile (max. 10 €/jour - max. 10 jours/an).

Pour les affiliés handicapés bénéficiant d'allocations familiales majorées et les personnes auxquelles le département d'aide aux personnes Partenamut Solutions et Assistance a reconnu la qualité d'"aidant proche Partenamut", ce maximum est porté à 250 € par année civile (max. 12,50 €/jour - max. 20 jours/an).

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut le premier jour du séjour.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2019.

(*) cocher la case correspondante

