

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

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 pour jour(s) de participation

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.

L'intervention est octroyée conformément aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à la (aux) date(s) du séjour/stage.

Ces conditions statutaires sont consultables sur notre site internet www.partenamut.be

(*) cocher la case correspondante

