

**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](http://www.partenamut.be)

(\*) cocher la case correspondante

