**Notification de camp de vacances collectif**

Institutions visées à l’article 23, 13° de la loi du 9 août 1963

Références

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Inst.

O.A.

INSTITUTION

N° d'agréation (1)

N° d’enregistrement (1) ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination :......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

ORGANISME ASSUREUR :

N° Fédération – OR.

mutualité ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination :......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère – ascendent – descendant (1)

TITULAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Date d’admission : ………………………………

Date finale de l’accord donné pour l’intervention pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière (1) : …………………………………….

J’atteste que le bénéficiaire susnommé participera à un camp de vacances collectif organisé et dirigé sous la responsabilité de l’institution précitée.

Pour l’institution Date :

……………………………………………………… Signature – Nom

…………………………………………………….

………………………………………………………

Période du camp de vacances collectif : du ………………………….. au .……………………………………….

Lieu et adresse du camp de vacances collectif : ………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

(1) Biffer les mentions inutiles

Mod. 854-F

Exemplaire destiné au médecin conseil.

**Notification de camp de vacances collectif**

Institutions visées à l’article 23, 13° de la loi du 9 août 1963

Références

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Inst.

O.A.

INSTITUTION

N° d'agréation (1)

N° d’enregistrement (1) ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination :......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

ORGANISME ASSUREUR :

N° Fédération – OR.

mutualité ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination :......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère – ascendent – descendant (1)

TITULAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Date d’admission : ………………………………

Date finale de l’accord donné pour l’intervention pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière (1) : …………………………………….

J’atteste que le bénéficiaire susnommé participera à un camp de vacances collectif organisé et dirigé sous la responsabilité de l’institution précitée.

Pour l’institution Date :

……………………………………………………… Signature – Nom

…………………………………………………….

………………………………………………………

(1) Biffer les mentions inutiles

Exemplaire destiné à l’administration de l’O.A.

Période du camp de vacances collectif : du ………………………….. au .……………………………………….

Lieu et adresse du camp de vacances collectif : ………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

# Notification de camp de vacances collectif

Institutions visées à l’article 23, 13° de la loi du 9 août 1963

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Inst.

O.A.

Références

INSTITUTION

N° d'agréation (1)

N° d’enregistrement (1) ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination : ......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

ORGANISME ASSUREUR :

N° Fédération – OR.

mutualité ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Dénomination : ......................................................................................................................................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère – ascendent – descendant (1)

TITULAIRE :

Numéro d'inscription ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

NOM – Prénom :……………………………………………………Date de naissance : ............................................

Adresse :...............................................................................................................................................................

Date d’admission : ………………………………

Date finale de l’accord donné pour l’intervention pour soins infirmiers et assistance dans les actes de la vie journalière (1) : …………………………………….

J’atteste que le bénéficiaire susnommé participera à un camp de vacances collectif organisé et dirigé sous la responsabilité de l’institution précitée.

Période du camp de vacances collectif : du au

.……………………………………….

Lieu et adresse du camp de vacances collectif : ………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

Pour l’institution Date :

……………………………………………………… Signature – Nom

…………………………………………………….

…………………………………………………….

## (1) Biffer les mentions inutiles

Mod. 854-F

Exemplaire à conserver par l’institution.