3	1	7	/							

UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS SOCIALISTES **FÉDÉRATION DES MUTUALITÉS SOCIALISTES DU BASSIN DE CHARLEROI** Avenue des Alliés, 2 à 6000 CHARLEROI Tél. : 071/208.611 O.A. 317 e-m@il : info.charleroi@mutsoc.be	**BUREAU DE**	**CONSEILLER MUTUALISTE**

DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS
DES ACTIVITES SPORTIVES ET CULTURELLES : organisées par les clubs sportifs, les ASBL, les associations, l'ADEPS, les académies …
DES PLAINES DE JEUX - CAMPS DE VACANCES - CLASSES DE DEPAYSEMENTS (forêt, mer, neige) STAGES SPORTIFS – MUSICAUX – CULTURELS résidentiel ou non résidentiel, ateliers de remédiation scolaire…

L'intervention est plafonnée à 100 € par année civile aux bénéficiaires de moins de 18 ans pour l'ensemble des activités cumulées.

A REMPLIR PAR LE(S) PARENT(S) RESPONSABLE(S)

Je soussigné(e) – en lettres capitales – nom de jeune fille pour les femmes mariées

Nom : .....*Prénom* : .....
Ayant ma résidence principale à :
rue : .....*n°* : ..... *boîte* : .....

Code postal : ..... *Localité :* .....

APPLICATION DE LA LOI RELATIVE A LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE (LOI DU 08/12/1992 – ART. 4)
Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par l'UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS SOCIALISTES (Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles) et ses mutualités régionales sont stockées dans leurs fichiers pour établir vos droits au remboursement des soins de santé et au paiement des indemnités de maladie (loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994) et pour vous rendre tous les services prévus dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire (loi du 06/08/1990 sur les mutualités et les unions nationales des mutualités).
La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde aux personnes que ces informations concernent un droit d'accès et de rectification. Sauf opposition de votre part, sans aucun frais, les données personnelles peuvent être utilisées afin de vous tenir informé(e) des actions marketing directes des tierces parties. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.

Fait le ..... à .....

(Veuillez apposer la mention "**lu et approuvé**" au-dessus de votre signature)

.....

Signature de l'affilié(e)

VERSO A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU POUVOIR ORGANISATEUR

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU POUVOIR ORGANISATEUR

Dénomination: .....

rue: .....*n°*:..... *boîte*: .....

Code postal: ..... *Localité* .....

Je soussigné(e) – en lettres capitales – nom de jeune fille pour les femmes mariées

Nom: .....*Prénom*: .....

Responsable de l'organisation ci-dessus, certifie que l'enfant:

Nom: .....*Prénom*: .....

Date de naissance: .....

A participé du ..... au ....., soit ..... jours

PRIX PAYE : ..... € ***(mention obligatoire)***

❒ abonnement ou stage sportif / culturel

❒ académie de musique, de théâtre …….…….....

❒ Plaine de jeux communale ou privée

❒ Camps de vacances

❒ Classe dépaysement (forêt, mer, neige)

❒ Stage en résidentiel ou non résidentiel

❒ Ateliers de remédiation scolaire

❒ *(Cochez ce qui convient)*

<u>APPLICATION DE LA LOI RELATIVE A LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE</u> (LOI DU 08/12/1992 – ART. 4)
Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par l'UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS SOCIALISTES (Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles) et ses mutualités régionales sont stockées dans leurs fichiers pour établir vos droits au remboursement des soins de santé et au paiement des indemnités de maladie (loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14/07/1994) et pour vous rendre tous les services prévus dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire (loi du 06/08/1990 sur les mutualités et les unions nationales des mutualités).
La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde aux personnes que ces informations concernent un droit d'accès et de rectification. Sauf opposition de votre part, sans aucun frais, les données personnelles peuvent être utilisées afin de vous tenir informé(e) des actions marketing directes des tierces parties. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.

Fait le ..... , à .....

Cachet de l'établissement	*Signature du responsable de l'établissement*

Ce document complété doit être rentré à la permanence mutualiste de votre choix