



# PROCURATION

Je soussigné(e) (Nom et prénom de l'assuré(e) social(e)) .....

Père, mère ou autre : .....

Domicilié(e) à : .....

N° de sécurité sociale : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Clé : 

|  |
|--|
|  |
|--|

Organisme : .....

Responsable de (Nom et Prénom du jeune) .....

autorise l'association Temps Jeunes domicilié au 99 rue de Merlo 69600 Oullins, à percevoir les prestations de remboursement des frais médicaux de mon enfant pendant son séjour au Centre de Vacances de :

- LONGEVILLE SUR MER** du ..... / ..... au ..... / ..... / 2019
- QUIBERON** du ..... / ..... au ..... / ..... / 2019

Fait à ....., le ..... 2019

Signature de l'assuré(e) social(e)