

TRANCHE D'IMPOSITION

Votre tranche d'imposition est entre : **0€ et 1000€** **1001€ et 1800€** **au delà**

POUR LE RETOUR (qui vient chercher l'enfant)

Je viendrai chercher mon enfant.

Au retour de la sortie, J'autorise la Fédération des Œuvres Laïques à confier mon enfant (*nom et prénom de l'enfant*).....

à (nom et prénom de la personne qui viendra chercher l'enfant).....

Autorise mon enfant à rentrer seul au retour du voyage.

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussignéAgent de la commune de

.....responsable de l'enfant.....

inscrit à la sortie précitée :

Reconnais avoir pris connaissance des conditions générales régissant la sortie organisée par le comité des œuvres sociales du Maine et Loire de la fonction publique territoriale figurant dans le courrier ci-joint et y souscrire, ainsi que des conditions d'organisation des temps d'autonomie accordés aux enfants.

Autorise le responsable désigné par le président du comité des œuvres sociales à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.

m'engage à rembourser au comité des œuvres sociales les prestations médicales et de sécurité sociale, en cas de maladie ou d'accident, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la sécurité sociale.

Avoir remis la photocopie de tous les volets de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2018 sur les revenus 2017 au comité des œuvres sociales.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur cet imprimé.

Fait àle

Demande de regroupement avec un autre enfant :

oui non

Nom prénom de l'enfant:.....

Nom et prénom de l'agent :.....

Commune de :.....

Signature de l'agent
mention « lu et approuvé »

Ces données seront détruites après la sortie , la photo et le chèque de caution vous seront restitués.



SORTIES DU COS 2019

Les **11/17** ans à la **Cité des sciences** à Paris

Le **jeudi 11 juillet 2019**

Numéro de membre CNAS :.....

CHOIX du lieu de ramassage

Aller/retour **DE CHOLET** A/R **D'ANGERS** A/R **SAUMUR**

A/R du **LION D'ANGERS** A/R **BAUGE EN ANJOU**

Information sur l'enfant

Nom :.....

Prénom.....

Né(e) le :.....

Sexe : M - F Age : (**le jour de la sortie**) Ans

Adresse :.....

.....49.....

.....ville.....



*PHOTO
DE
L'ENFANT*

COLLECTIVITE DE L'AGENT :

COLLECTIVITE DE L'AGENT :.....

Nom du correspondant :.....

Téléphone.....Fax.....

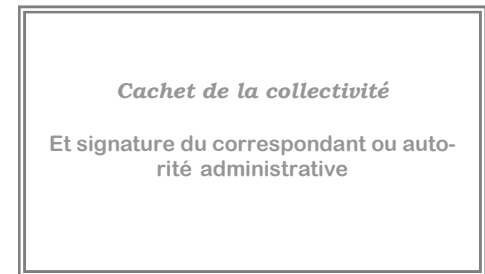
Mail.....@.....

Dossier à retourner au :

Comité des Œuvres Sociales 49

9 rue du Clon - 49000 ANGERS -

☎ 02.41.24.18.85



Cachet de la collectivité

Et signature du correspondant ou autorité administrative

Information sur l'agent

Nom et prénom de l'agent :.....

Adresse: (si différente de l'enfant).....

.....

☎ domicile:.....

☎ Mobile:.....

☎ Travail :.....

Nom et prénom du conjoint :.....

Adresse: (si différente de l'enfant).....

.....

☎ domicile:.....

☎ Mobile:.....

☎ Travail :.....

Renseignements médicaux sur l'enfant

N°SECURITE SOCIALE de l'agent :.....

N°SECURITE SOCIALE de l'enfant (**si différent**):.....

Adresse de la Caisse de sécurité sociale dont dépend le responsable de l'enfant :.....

.....

Téléphone , Nom et Prénom du **Médecin traitant** : ☎.....

.....

Le responsable de l'enfant bénéficie t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?
oui non

Si oui , adresse.....

.....

N°de police ou d'adhésion :

Couverture CMU : Oui non

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la sortie : oui non

Si oui , joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui non Varicelle : oui non Oreillons : oui non

Rubéole : oui non Scarlatine : oui non Otite : oui non

A-t-il des problèmes d'asthme : oui non

A-t-il des problèmes d'allergie : oui non

si oui, préciser à quoi et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

.....

.....

Vaccins réalisés : (avec la date de vaccination ou de rappel) :

.....

.....

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date):

.....

.....

Existe-t-il des contre- indications pour des activités : oui non

Si OUI précisez :.....

.....

.....

Votre enfant porte-t-il : des lentilles, des lunettes , des prothèses auditives , des prothèses dentaires avez-vous des recommandations utiles:

.....

.....