

**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 soussigné .....Agent 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 2022 sur les revenus 2021 au comité des œuvres sociales.

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

Fait à .....le .....

**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 2023**

Les 11/17 ans le 6 juillet 2023 au Puy du Fou

Ou  les 5/10 ans le 31 août 2023 au Bioparc zoo Doué en Anjou.

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

**avant le 2 juin impérativement**



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'adhérent** : .....

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.**

**Votre enfant à t'il des problème de santé :**

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).....

.....

.....

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:

.....

.....

Votre enfants a-t-il un régime alimentaire spécifique : oui  non

Si oui précisez lequel :

.....

.....

Autres renseignements utiles concernant la santé ou autres de l'enfant :

.....

.....

.....