

" LES ENFANTS DU METRO"
LAC LD 33
19, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Courrier int: Les enfants du métro
LAC LD 33 LCBD Lachambeaudie
Tèl : 01 58 78 45 90 / 91
Fax: 01 58 78 45 92



**Formulaire pour le
remboursement des frais
médicaux**
(à renvoyer au secrétariat)

Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date de naissance:

centre:

Période:

1. Votre enfant n'est pas assuré par la CCAS RATP.

* Mr, Mme, Mle ----- s'engage à rembourser les éventuels frais médicaux avancés par la Fondation "les Enfants du métro" entrepris durant le séjour de mon enfant. L'ensemble de pièces justificatives me seront adressées par courrier durant le mois suivant ce séjour.

2. Votre enfant est assuré par la CCAS RATP.

* Mr, Mme, Mle ----- matricule ----- autorise la Fondation "les Enfants du métro" à effectuer les démarches nécessaires auprès de la CCAS RATP, afin de se faire rembourser les frais médicaux engagés durant le séjour de mon enfant.

Votre enfant est- il couvert per la mutuelle RATP: **OUI - NON** (rayer la mention inutile)

* mettre une croix dans la case correspondante

fait le, -----

à, -----

signature,