

Collez ici une vignette d'identification
de l'enfant

Communication d'un N° de compte pour un enfant



Je soussigné(e) (en lettres capitales – NOMS DES 2 PARENTS OU TUTEUR(S)) :

NOM : PRÉNOM :

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de téléphone ou GSM :

NOM : PRÉNOM :

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de téléphone ou GSM :

Désirons, jusqu'à révocation de notre part, les prestations de soins de santé et les avantages complémentaires de l'enfant soient versés sur le compte financier ci-après :

BE

Ouvert au nom de:

NOM : PRÉNOM :

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de téléphone ou GSM :

**Merci de joindre une copie des cartes d'identité,
sans quoi le changement de compte ne sera pas effectif.
Si vous êtes tuteur(s), veuillez joindre une copie de jugement ou preuve**

Fait à

Signature des 2 parents (ou tuteur(s)) :

La mention « lu et approuvé » doit précéder les signatures.

Le