

# Frais médicaux et Soins tiers médicaux

Je soussigné(e), .....

Qualité : .....

Responsable légal du majeur protégé : .....

Association de tutelle ou curatelle : .....

N° de téléphone d'urgence durant les séjours : .....

Déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé pour le séjour de : .....

et pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme et m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par À La Croisée Des Chemins.

Je soussigné(e), .....

Qualité : .....

Séjour : .....

Je sollicite l'intervention d'un tiers médical sur le séjour pour le(s) soin(s) suivant(s) :

Injection récurrente  Injection ponctuelle

Prise de sang / Recueil de données  Pansement  Toilette du vacancier

Autre(s), précisez : .....

Date(s) du ou des soins : .....

Je fournis l'ordonnance d'intervention

Je fournis le matériel relatif au(x) soin(s) décrit(s) ci-dessus dans la valise du vacancier

Je fournis l'ordonnance obligatoire pour le matériel relatif au(x) soin(s) décrit(s) pour que À La Croisée Des Chemins, fasse le nécessaire auprès d'une pharmacie.

**DATE ET SIGNATURE**  
**Vacancier ou représentant légal**