

# Procuration, y compris l'autorisation de participer l'appli de santé active365 (Paiement des ActivePoints)

**1 Personne mineure (à partir de 16 ans)  
(Participant/e active365)**

Madame  Monsieur

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom                  | Prénom               | Rue/No.              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NPA/Localité         | N° personne assurée  | Date de naissance    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**2 Représentant/e légal/e**

Madame  Monsieur  Monsieur et Madame

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom                  | Prénom               | Rue/No.              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NPA/Localité         | Date de naissance    | Téléphone            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-mail               | <input type="text"/> |                      |

**Par la présente, j'autorise/nous autorisons le mineur susmentionné à participer l'appli de santé active365 (paiement des activePoints collectés conformément aux conditions d'utilisation) et j'en donne/nous en donnons expressément l'autorisation. La déclaration d'autorisation est valable à partir de la date de signature jusqu'à sa révocation par écrit.**

**Signature**

|                      |                      |                                      |
|----------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Lieu                 | Date                 | Signature représentant / e légal / e |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                 |