



Affligem, le ...24.07.25.....

### Mandat de représentation

Concerne :

Nom + Prénom :

MICHITIUC Raul.....

Date de naissance: 21.11.2015.....

N° Registre national : 15.11.21.23.343.....

Adresse: rue vanderweyer 119/et02.....  
.....1030.schaerbeek.....

Je soussigné(e), MICHITIUC Florenta.....  
déclare par la présente mandater la Fondation des Brûlés, valablement représentée  
par son Administrateur Délégué, Monsieur Stefaan Lauwaert, pour assurer la  
défense de mes intérêts sociaux\* et/ou juridiques\* suite au sinistre survenu le:  
.30.06.25.....

Références du dossier assurance :

.....  
Par la présente, je donne mon accord pour que la Fondation des Brûlés soit mise  
en copie de tous les échanges relatifs à ce dossier, et pour que les différents  
intervenants aient accès à mon dossier médical et administratif.

Signature du représentant légal pour les enfants de moins de 18 ans :

Nom+prénom: Michitiuc Florenta.....

Lu et approuvé,

Date et signature : 24.07.25



### Checklist déclaration dossier social

Nom : **MICHTIUC**..... Prénom : **Raul**..... Date de naissance **21/11/15**

Numéro national : **15.11.21.23.343**.....

Centre de Brûlés : ~~Gand / Louvain / Anvers / NOH / Charleroi / Liège / Autres~~

Type de dossier : ~~Social / Juridique / Psychosocial / Interne~~

Lieu accident : **plage artificiel à Malines**..... Date accident : **30.06.25**.....

Lieu : **Malines**..... Enregistrement : ~~OUI / NON~~

Tiers impliqués : ~~OUI / NON~~ Qui : **L'école**..... Assurance : .....

#### Assurance personnelle :

Familiale ~~OUI / NON~~ nom : ..... Incendie ~~OUI / NON~~ nom : .....

Mutualité ~~OUI / NON~~ nom : **509**..... Hospitalisation ~~OUI / NON~~ nom : **Hospitalia**.....

Déclaration police : ~~OUI / NON~~ Numéro PV  
: .....

Description accident : **Brûlure (gros coup de soleil) lors d'une sortie avec l'école par grosse chaleur.**

**Frais** (entourer ou cocher OUI/NON) :

Médicaux ~~OUI / NON~~

Hospitalisation ~~OUI / NON~~

Post-Hospitalisation ~~OUI / NON~~

Revalidation ~~OUI / NON~~

Soins domicile ~~OUI / NON~~

Kiné ~~OUI / NON~~

Vêtements compressifs / silicone ~~OUI / NON~~ Pansements ~~OUI / NON~~

Juridique ~~OUI / NON~~

Avocat ~~OUI / NON~~

Conseil ~~OUI / NON~~

Transport ~~OUI / NON~~

*Hau*