

Fiche CONTACT

NOM :

Prénom : *photo*

Né(e) le :

ALLERGIE :

PERSONNES A PREVENIR

NOM :

TEL DOMICILE et/ou TEL PORTABLE

.....

NOM :

TEL DOMICILE et/ou TEL PORTABLE

.....

**Je soussigné(e) M/Mme autorise
les responsables de AINROC ainsi que le moniteur
à faire hospitaliser mon enfant**

**..... en cas de
nécessité dans l'hôpital le plus proche pouvant le
prendre en charge.**

Fait à Belley, le :

Signature :