

Fiche CONTACT

NOM :

Prénom :

photo

Né(e) le :

ALLERGIE :

PERSONNES A PREVENIR

NOM :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE

.....

NOM :

TEL DOMICILE 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 :