

AUTRES ENFANTS A CHARGE

Nom	Prénom	Né(e) le	Si scolarisés, préciser école et la classe	Si scolarisés, préciser école et la classe

PERSONNE AYANT LA GARDE DE L'ENFANT A CONTACTER EN L'ABSENCE DES PARENTS

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : N° : _____ Rue : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____

Je soussigné(e) : père - mère - tuteur (*), demande qu'en notre absence et en cas d'urgence, notre enfant soit transporté à nos frais à l'hôpital le plus proche.

A _____, le _____

Signature :

(*) barrer les mentions inutiles