



Autorisation de rapatriement

Je soussigné : _____

Résidant à : _____

Autorise le rapatriement de l'enfant : _____

en cas d'accident pendant le séjour Class Open de : _____

À, _____ le, _____

Signature

CLASS OPEN : 6 rue du Dr Ténine – Résidence Le Village B3 – 91320 – WISSOUS
Téléphone : 01.60.11.64.38 Portable : 06.72.28.44.09
Email : classopen@wanadoo.fr site : classopen.org



Autorisation de sortie d'hospitalisation

Je soussigné : _____

Résidant à : _____

Autorise le directeur du centre de Class Open de : _____

A sortir mon enfant : _____

Après une hospitalisation ou une entrée en observation, dans une clinique ou un hôpital.

À, _____ le, _____

Signature

CLASS OPEN : 6 rue du Dr Ténine – Résidence Le Village B3– 91320 – WISSOUS
Téléphone : 01.60.11.64.38 Portable : 06.72.28.44.09 Email : classopen@wanadoo.fr site.classopen.org
Association Loi 1901 n° 0913011084 - SIRET : 429 868 615 00015—Code APE : 913E