



## 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 : classopen91@gmail.com 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 : classopen91@gmail.com site.classopen.org