



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