



BULLETIN D'INSCRIPTION AU STAGE CCHB

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DU PARTICIPANT AU STAGE.....

ALLERGIE ALIMENTAIRE..... OU INTOLÉRANCE

DATES DE PARTICIPATION.....

NOM, PRÉNOM, QUALITÉ ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE DEUX PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'INCIDENT (blessure ou maladie) :

1. PERSONNE 1.....

2. PERSONNE 2.....

NOM, PRÉNOM, LIEN AVEC L'ENFANT, ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE VENANT CHERCHER L'ENFANT (si différent des personnes 1 et 2)

AUTORISATION DE QUITTER SEUL LE STAGE A L'ISSUE DE LA JOURNÉE (cocher la case correspondante)



J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS