



JUMELAGE DAX-LOGROÑO 2019

FICHE DE PARTICIPATION

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné.....

Demeurant a.....

Autorise l'enfant :.....

NOM :.....PRENOM :.....

Ne le.....

- A participer a l'échange scolaire a LOGROÑO qui aura lieu du 13 au 20 avril 2019
- A recevoir un(e) jeune Espagnol(e) a DAX du 20 au 27 avril 2019

Personne a prévenir en cas d'urgence (si différent)

NOM :.....

TELEPHONE :.....

RECOMMANDATIONS DU RESPONSABLE LEGAL

J'attire l'attention des accompagnateurs de l'échange sur le fait que mon enfant :

- est sujet aux allergies suivantes :.....
- suit un traitement :.....
- est du groupe sanguin :.....

Si nécessaire, je souhaite qu'il soit soigné auprès de : (préciser l'adresse et le téléphone pour Dax)

Hôpital

Clinique

Et autorise les médecins a faire pratiquer sur lui toutes interventions et soins d'urgence a Dax et Logroño

A Logroño, en cas d'urgence, votre enfant sera dirigé vers l'Hôpital et vous serez prévenus immédiatement.

Fait à :

Le :

Signature (précédé de la mention lu et approuvé)