

ACCUEIL DE LOISIRS

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS DE MONTSALVY

HABILITATION DES ADULTES **POUR RÉCUPÉRER LES ENFANTS**

NOM – PRÉNOM DU (DES) ENFANT(S):

- 1.
- 2.
- 3.

pourront être récupérés par :

| NOM-PRÉNOM DES ADULTES HABILITÉS | LEUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
|-------------------------------------|--------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL,