



Comité Roannais de Vacances

## CLASSE TRANSPLANTEE VILLE DE ROANNE

Nom et prénom de  
l'enfant

Sexe

Date de naissance

Ecole fréquentée

Classe

Renseignements  
particuliers  
concernant l'enfant

Pendant le séjour  
mon enfant ne  
mangera pas :

De Viande :   
De Porc :

Pas de régime Particulier :   
Autre : \_\_\_\_\_

<p>Chef de famille légal Père Mère Tuteur</p> <p>NOM : Prénom : Adresse :</p> <p>E-Mail : Tél dom : Tél port : Tél trav :</p>	<p><u>Autre</u> Personne à prévenir en cas d'urgence si le chef de famille n'est pas joignable</p> <p>NOM : Prénom : Lien de parenté : Adresse :</p> <p>Tél dom : Tél port : Tél trav :</p>
---	---

COMITE ROANNAIS DE VACANCES  
12 Avenue de Paris 42334 Roanne Cedex  
Tél : 04 77 23 67 00 Fax : 04 77 23 67 09  
comiteroannaisdevacances@crv-loisirs.fr