

Document à remplir par l'établissement scolaire

Je soussigné(e), directeur(trice) de l'établissement scolaire,

Nom de l'établissement scolaire

Adresse

Code postal Commune

N° tél.

Certifie que l'enfant Nom Prénom(s) en classe de
a participé à la classe transplantée :

Adresse du séjour

Code postal Commune

Du au

soit une durée de jours (voyage inclus).

La participation financière a été acquittée pour un montant total de euros

<p>Fait à</p> <p>le <input type="text"/></p>	<p>Signature et Cachet de l'établissement</p>
--	---

Attestation établie à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit