



Pour des raisons de sécurité, il nous est indispensable d'avoir à disposition des services compétents, une liste des résidents présents dans le centre, ce en cas d'accident ou autre problème.

Pourriez-vous donc compléter ce document et le remettre à la réception svp.

Nous vous en remercions.

Nom du groupe :

Date d'entrée :		Date de sortie :
-----------------	--	------------------

Personne responsable du groupe :

Numéro de GSM à contacter durant votre séjour :

LE RELAIS VERLAINE - G.A.E.L. asbl Rue de la Gendarmerie 25 - 5670 VIERVES SUR VIROIN

	Garçons	Filles
Enfants de -12ans		
12 ans à 26 ans		
Enfants de +12ans		

	Nom	Prénom	Date de naissance	Code postal	Localité
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					



19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					



50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					