

# COMITE D'ENTREPRISE

HOPITAL SAINT JOSEPH

26 Boulevard de Louvain 13008 – Marseille

Téléphone : 04 91 80 65 55



Nom du parent salarié .....

Type de contrat ..... SERVICE .....

**Merci de fournir en plus de cette attestation une facture mentionnant le montant total de l'activité**

## ATTESTATION A FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME

### NATURE DU SEJOUR

- CENTRE AERE
- COLONIES
- STAGE
- CLASSES TRANSPLANTEES

Je soussigné(e) (Nom du responsable du Club) .....

Certifie que l'enfant (Nom et Prénom) .....

Date de Naissance : .....

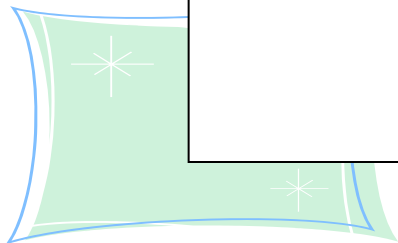
A participé ou participera au séjour : .....

du ..... au ..... soit une durée de : .....

Montant de la participation totale de l'activité .....

Ordre du chèque .....

CACHET DE L'ORGANISME - DATE - SIGNATURE



## COMITE D'ENTREPRISE

HOPITAL SAINT JOSEPH

26 Boulevard de Louvain

13008 – Marseille

Téléphone : 04 91 80 65 55



Nom du parent salarié .....

TYPE DE CONTRAT ..... SERVICE.....

**Merci de fournir en plus de cette attestation une facture mentionnant le montant total de l'activité.**

### ATTESTATION A FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME

**SPORTIF / N° licence** .....(joindre la photocopie de la licence)

**FORFAIT : ou**

**CULTUREL / le nom et numéro de police assurance** .....

Je soussigné (e) (Nom du responsable du Club) .....

Certifie que l'enfant (Nom et prénom) .....

Date de naissance .....

Est inscrit (e) à l'activité .....

Pour la période ..... / .....

Montant de la participation totale de l'activité .....€

Ordre du chèque .....

**CACHET DE L'ORGANISME – DATE – SIGNATURE**