



COMITE D'ENTREPRISE
HOPITAL SAINT JOSEPH
26 Boulevard de Louvain
13008 – Marseille
Téléphone : 04 91 80 65 55

Nom des parentsTYPE DE CONTRAT SERVICE

ATTESTATION

NATURE DU SEJOUR : CENTRE AERE COLONIES STAGE CLASSES TRANSPLANTEES

Je soussigné(e) (NOM et QUALITE)

Certifie que l'enfant (Nom et Prénom) Date de naissance

A participé ou participera au séjour à du au soit une durée de Jours

PRIX DU SEJOUR

CACHET DE L'ORGANISME – DATE - SIGNATURE

TOTAL A CHARGE DE LA FAMILLE