|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Numéro d‘échange - E       /** |  |

|  | Par ordre alphabétique :  - **Nom**  **- Prénom**  - **Prénoms** | **M** | **F** | **Date de naissance**  (JJ.MM.AAAA) | **Intitulé du diplôme (CAP, BAC PRO, BP,…) suivi de la spécialité** | **Adresse** | **Nom et adresse du responsable légal** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je confirme que tous les participants ont une assurance maladie. | | |
|  |  |  |
| Lieu | Date | Signature du chef d‘établissement |