Déclaration «Allergies alimentaires ou autres»

Groupe: **Date du séjour:**
Personne responsable: **Du :**
Au :

Nom du participant	Allergies et détails (médicaments utilisés)

Signature de la personne qui a rempli cette fiche.

_____ **Date:** _____

Retourner cette fiche avec le contrat de réservation au moins 10 jours avant le