**Feuille de présence**

**Nom de l’action**

----

Date :

Horaires :

Lieu, adresse et salle :

**Participants affiliés à la Cavimac**

**et adhérents à la Mutuelle Saint-Martin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom** | **Prénom civil** | **Date de naissance** | **Signature** | N° invariantà compléter par la Cavimac |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |

**Feuille de présence**

**Nom de l’action**

----

Date :

Horaires :

Lieu, adresse et salle :

**Participants affiliés à la Cavimac**

**et NON-adhérents à la Mutuelle Saint-Martin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom** | **Prénom civil** | **Date de naissance** | **Signature** | N° invariantà compléter par la Cavimac |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |

**Feuille de présence**

**Nom de l’action**

----

Date :

Horaires :

Lieu, adresse et salle :

**Participants NON affiliés à la Cavimac**

**et adhérents à la Mutuelle Saint-Martin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom** | **Prénom civil** | **Date de naissance** | **Signature** | N° invariantà compléter par la Cavimac |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |

**Feuille de présence**

**Nom de l’action**

----

Date :

Horaires :

Lieu, adresse et salle :

**Participants NON affiliés à la Cavimac**

**et NON adhérents à la Mutuelle Saint-Martin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom** | **Prénom civil** | **Date de naissance** | **Signature** | N° invariantà compléter par la Cavimac |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |

**Feuilles de présence**

**Nom de l’action**

----

Date :

Horaires :

Lieu, adresse et salle :

**Intervenants**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nom** | **Prénom civil** | **Organisme** | **Mail** | **Signature** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |