PRENOM/ FIRST NAME : _____

NOM/FAMILY NAME :_____

NE(E) LE /DATE OF BIRTH : _____

COLLEGE/SCHOOL : _____

TEL : 00 33 5 46 85 36 33

ADRESSE EN France /ADDRESS IN France : _____

NOM ET ADRESSE DE LA FAMILLE D ACCUEIL/NAME AND ADDRESS OF THE HOST FAMILY IN CARDIFF :

NOM DU RESPONSABLE LOCAL/ LOCAL DIRECTOR FOR RUMNEY : SYLVIA

TEL : 07929-171379

NOM DES PROFESSEURS RESPONSABLES : MLLE BARON MME VAILLANT

TEL : 06 12 76 45 00 06 87 06 16 85

PROBLEMES DE SANTE EVENTUELS/ HEALTH PROBLEMS-ALLERGIES :

PRENOM/ FIRST NAME : _____

NOM/FAMILY NAME :_____

NE(E) LE /DATE OF BIRTH : _____

COLLEGE/SCHOOL : _____

TEL : 00 33 5 46 85 36 33

ADRESSE EN France /ADDRESS IN France : _____

NOM ET ADRESSE DE LA FAMILLE D ACCUEIL/NAME AND ADDRESS OF THE HOST FAMILY IN CARDIFF :

NOM DU RESPONSABLE LOCAL/ LOCAL DIRECTOR FOR RUMNEY : SYLVIA

TEL : 07929-171379

NOM DES PROFESSEURS RESPONSABLES : MLLE BARON MME VAILLANT

TEL : 06 12 76 45 00 06 87 06 16 85

PROBLEMES DE SANTE EVENTUELS/ HEALTH PROBLEMS-ALLERGIES :

_____