



Sensibilisation en classe et visites 2009/2010

ECOLE (*nom, adresse, commune*) :

Tél :

Fax :

Mail :

NOM de l'enseignant :

Classe :	Nb d'élèves :	Visite du CDT		Visite du CVED	
		oui	non	oui	non
Classe :	Nb d'élèves :	oui	non	oui	non
Classe :	Nb d'élèves :	oui	non	oui	non

Période souhaitée :