



Feuille d'appel

2. Cours/2.e Secours routier

Nombre 27

Nom	Prénom	Présent	Excusé	Absent	Remarques
Barman	Jérémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besse	Michaël	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biselx	Marc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuesta Pascau	Sergio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De Morsier	Jonathan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gailloud	Adrien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lugon Moulin	Grégory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maret	Chloé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maret	Nestor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
May	Alain-Stéphane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
May	Jérôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meylan	Baptiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meylan	Corentin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Michellod	Yves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moulin	Justin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moulin	Robin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nicollier	Cédric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pilloud	Léonard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pires	Marcelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Puipe	Frédéric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rebord	Alexandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Simon	Mathieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tamarcaz	Philippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrettaz	Didier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrettaz	Yann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaz Lopes	Ivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voutaz	Guillaume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lieu, date _____

Saisi par (Signature) _____