



Feuille d'appel

2. Sections/23. Section 3

Nombre 24

Nom	Prénom	Présent	Excusé	Absent	Remarques
Aeby	Arthur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alter	François	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baeza Suarez	Mario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besse	Nathan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besse	Thomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bigler	Florence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruchez	Florian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruchez	Laurent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
De Giorgi	Fernando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fellay	Pascal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gomes Lopes	Miguel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Goubau	Julien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leite Gonçalves	Ruben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lugari	Nicolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lugon Moulin	Grégory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
May	Alain-Stéphane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meylan	Baptiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Michellod	Yves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moulin	Robin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasquier	Katiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pires	Marcelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Senior	James	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrettaz	Aurélien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrettaz	Benoît	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lieu, date _____

Saisi par (Signature) _____