

DEMANDE DE RÉINTEGRATION SCOLAIRE ANNÉE SCOLAIRE : 2024 - 2025

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

ÉCOLE DE SECTEUR :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2023-2024:

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL :

☎ **Adresse mail :**

FRATRIE :

Nom Prénom	Date de naissance	École fréquentée

SOUHAIT 2024-2025 :

Fournir obligatoirement un justificatif de domicile (acte de vente, quittance EDF ou téléphone,...)

ÉCOLE SOLLICITÉE :

NIVEAU SCOLAIRE :

Date et signature du représentant légal :

Cadre réservé à l'administration

Avis suite Commission	Observations
<input type="checkbox"/> Favorable	
<input type="checkbox"/> Défavorable	