

Demande d'inscription à l'Ecole du Roz - ROSNOËN

ec.0290667T@ac-rennes.fr - 02 98 81 94 80

Rentrée souhaitée le :année 20...../ 20..... en classe de :

Elève

Nom : Prénom(s) :

Sexe : F M

Né(e) le : Lieu : Département :

Adresse :

Code postal : Commune :

Mère

Nom : Prénom :

Nom d'usage :

Situation familiale : célibataire - marié(e) - concubin(e) - pacsé(e) - séparé(e) - veuf(ve)

Autorité parentale : oui non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Père

Nom : Prénom :

Nom d'usage :

Situation familiale : célibataire - marié(e) - concubin(e) - pacsé(e) - séparé(e) - veuf(ve)

Autorité parentale : oui non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Date et signature de la mère :

Date et signature du père :