DEMANDE D'INSCRIPTION au
GROUPE SCOLAIRE JULES VERNE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Nom et prénom du responsable légal :……..

Nom et prénom de l'enfant : ……

Date de naissance : …… Lieu : ……

Adresse : ……

☎ : …….. Mail : …….

demande l'inscription de mon enfant au Groupe Scolaire Jules Verne.

Le / / 2020 Signature :

CERTIFICAT DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussignée, Laure BESLIER, Maire de BRAINS, atteste que l'enfant :

……

☐ **né en 2017** sera inscrit au Groupe Scolaire Jules Verne à compter du 1er septembre 2020.

☐ **né en 2018** sera inscrit au Groupe Scolaire. Jules Verne à compter du 1er septembre 2020 **dans la limite des places disponibles.**

Brains,
Le

Le Maire,
Laure BESLIER

Mairie de Brains 2 place de la Mairie 44830 BRAINS Tél : 02 40 65 54 34

enfance@mairie-brains.fr