DÉPARTEMENT DU LOT

MAIRIE
DE
PERN

Code Postal : 46170
Tél. 05 65 21 03 33

DEMANDE D'INSCRIPTION A L'ECOLE PRIMAIRE DE PERN

Je soussigné (e),

Parent 1

NOM : …….

Prénom : ……..

Adresse : …….....

…….....

Tél : . . / . . / . . / . . / . .

@ : ……..……

Profession : ……..

Parent 2

NOM : …….....

Prénom : ……...

Tél : : . . / . . / . . / . . / . .

@ : …….....

Profession : ……

Sollicite de Monsieur le Maire de Pern l'inscription,

a compter du . . . . / . . . . / . . . . . de l'enfant :

Nom - Prénom : ……

Date de naissance : . . . . / . . . . / . . . . . .

Classe : ……

Attestation d'assurance responsabilité civile temps périscolaire OUI NON

Signature

Avis du Directeur (rice) :

Avis du Maire de la commune de résidence :

Avis du Maire de Pern :