COLLEGE SISMONDI

Changement d'adresse

ELEVE	PERE
Nom : …….....	Nom : …….. .....
Prénom :	Prénom : .....
Adresse :	Adresse : ....
Téléphone(s) :	Téléphone(s) : ....
Groupe : ……	Responsable légal oui ☐ non ☐

MERE	LOGEUR
Nom : …….....	Nom : …….. .....
Prénom :	Prénom : .....
Adresse :	Adresse : ....
Téléphone(s) :	Téléphone(s) : ....
Responsable légal oui ☐ non ☐	Parenté :.....

Date :……..……..... Signature : ……

Signature du représentant légal (élève mineur) : …….....…….