

COLLEGE DU SACRE CŒUR

6 Rue de Saint Agrève

43190 TENCE

Tel/Fax : 04 71 59 81 64

Demande d'inscription

Année scolaire 20../20..

ELEVE	NOM :			CLASSE DEMANDEE	
	PRENOMS :				
NE €LE : /---/---/---/---/---/ à.....					
ADRESSE					
.....					
.....					
SEXE		NATIONALITE	BOURSIER	EXTERNAT	½ PENSION
F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRERES ET SOEURS	NOM						
	PRENOM						
	DATE DE NAISSANCE						
SCOLARITE							

PARENTS OU RESPONSABLES	PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/>		PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/>	
	NOM		NOM	
PRENOM.....		PRENOM.....		
ADRESSE.....		ADRESSE.....		
.....			
TEL (personnel).....		TEL (personnel).....		
Email.....		Email.....		
PROFESSION.....		PROFESSION.....		
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR.....		NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR.....		
.....			
.....			

SCOLARITE ANTERIEURE	CLASSE	ETABLISSEMENT	ADRESSE