



# CERTIFICAT DE SCOLARITE

Actif

N° MATRICULE SOLDE DU DEMANDEUR :

N° MATRICULE SOLDE DU DEUXIEME PARENT :

Tous les champs doivent être rempli sous peine d'irrecevabilité

## INFORMATIONS SUR LES PARENTS

NOM DU DEMANDEUR :

PROFESSION :

ADRESSE ET LIEU DE TRAVAIL :

TÉLÉPHONE :           OU

E-MAIL :

N° ASSURE CNAMGS

N° ASSURE CNSS

NOM DU DEUXIEME PARENT :

PROFESSION :

ADRESSE ET LIEU DE TRAVAIL :

TÉLÉPHONE :           OU

E-MAIL :

N° ASSURE CNAMGS

N° ASSURE CNSS

## INFORMATIONS SUR L'ENFANT

JE SOUSSIGNÉ(E) :

FONCTION :

CERTIFIE QUE L'ENFANT (NOMS) :

PRÉNOM(S) :

SEXE :  MASCULIN  FEMMIN

NE(E) LE :   /   /   A

FRÉQUENTE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

En classe de

B.P.     VILLE / VILLAGE

ARRONDISSEMENT

COMMUNE / DÉPARTEMENT

TÉL.           QUARTIER

DÉLÉGATION ACADÉMIQUE

ÉTABLISSEMENT

Public

Privé

Autorisation du Ministre de l'Éducation Nationale N° (pour les établissements privés)

Signature et tampon  
de l'établissement  
(Obligatoire)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_