



DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

Formulaire à remettre au SERVICE SCOLARITÉ uniquement :

Date de la demande : ____/____/____ Date de réintégration souhaitée : ____/____/____

NOM / Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ CP/Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

A REMPLIR PAR L'ELEVE : activités concernées par la réintégration		A FAIRE REMPLIR PAR L'ELEVE AUPRES DES ENSEIGNANTS CONCERNES	
Disciplines	Enseignants	Avis Favorable / Défavorable	Signature

Activités artistiques éventuelles pratiquées pendant la disponibilité, le cas échéant :

Avis de la direction :