

# 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 : \_\_\_\_\_