

<p><b>Demande à retourner à :</b> Ensemble scolaire Saint-Gabriel Service des inscriptions 21, rue de la Lisette 92220 BAGNEUX</p> <p>Tél : 01 46 57 61 22 – Fax : 01 46 57 71 11 E-mail : <a href="mailto:inscription.st-gabriel@apprentis-auteuil.org">inscription.st-gabriel@apprentis-auteuil.org</a> Site web : <a href="http://saint-gabriel.apprentis-auteuil.org">saint-gabriel.apprentis-auteuil.org</a></p>	<p>Réservé à l'administration</p> <p>RV le : _____ à : _____</p> <p><b>Avis :</b>  <input type="checkbox"/> Favorable                      <input type="checkbox"/> Démission  <input type="checkbox"/> Défavorable                    <input type="checkbox"/> Ne répond pas</p> <p>Remis par : _____ Le : _____</p>
---	---



**ELEVE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

Date de naissance \_\_\_\_\_

Commune de naissance (*Préciser le pays si étranger*) \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

→ L'élève est-il boursier ?             Oui             Non

→ Nombre de frères et sœurs (y compris l'enfant) \_\_\_\_\_ Rang dans la fratrie \_\_\_\_\_

→ Régime de scolarité                     Demi-pensionnaire             Externe

**PARENTS OU RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) AYANT FAIT PART DE LA DEMANDE**

	PERE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> AUTRE : .....	MERE <input type="checkbox"/> TUTRICE <input type="checkbox"/> AUTRE : .....
Nom	_____	_____
Prénoms	_____	_____
Né(e) le	_____	_____
Adresse domicile	_____	_____
Code postal	_____	_____
Commune	_____	_____
Tél. Domicile	_____	_____
Portable	_____	_____
Liste rouge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse mail	_____	_____
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Remarié <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Remariée <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____

