



INSCRIPTION AU GROUPE SCOLAIRE JULES VERNE
D'UN ENFANT ÂGÉ de 2 à 3 ANS

ANNÉE SCOLAIRE 2017 - 2018

MAIRIE de BRAINS

☎ 02.40.65.51.30

Nom et prénom du responsable légal : _____

Enfant : Nom et prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Demande l'inscription de mon enfant au Groupe Scolaire Jules Verne.

Date _____ Signature :

CERTIFICAT D'INSCRIPTION

ENFANTS nés en 2014

Je soussigné, Laure BESLIER, Maire de BRAINS, atteste que :

l'enfant _____ né le : _____

est inscrit au Groupe Scolaire Jules Verne à compter du 4 septembre 2017.

Le _____ Signature,

ENFANTS nés en 2015 ayant deux ans révolus le jour de la rentrée

Je soussigné, Laure BESLIER, Maire de BRAINS, atteste que :

l'enfant _____ né le : _____

est inscrit au Groupe Scolaire Jules Verne, *dans la limite des places disponibles,*

à compter du 4 septembre 2017.

Le _____ Signature,

ENFANTS nés en 2015 n'ayant pas deux ans révolus le jour de la rentrée

Je soussigné, Laure BESLIER, Maire de BRAINS, atteste que :

l'enfant _____ né le : _____

☞ est pré-inscrit au Groupe Scolaire Jules Verne à compter du 4 septembre 2017.

☞ est inscrit, *dans la limite des places disponibles, et accueilli à compter de sa date anniversaire*

le _____ et au plus tard au 31 décembre 2017.

Le _____ Signature,