



# CERTIFICAT DE SCOLARITE

Retraité

N° DE PENSION 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 : NOM(S) :  PRÉNOM(S) :

SEXE :  MASCULIN  FÉMININ NÉ(E) LE :  /  /  A

FRÉQUENTE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :  En classe de

B.P.  VILLE / VILLAGE :  ARRONDISSEMENT :  COMMUNE / DÉPARTEMENT :

TÉL. :  QUARTIER :  DÉLEGATION ACADEMIQUE :

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 :