

NOM PRÉNOM DE L'ÉLÈVE :

CLASSE :

CHANGEMENT DE REGIME

Je soussigné(e).....

Responsable de l'élève.....

Désire que mon enfant adopte le régime de :

DEMI-PENSIONNAIRE 4 JOURS (sans le mercredi)

DEMI-PENSIONNAIRE 5 JOURS (avec le mercredi)

INTERNE

INTERNE UNE NUIT (uniquement pour les élèves de service le soir)

EXTERNE

A compter du.....

Fait à Ste Savine, le.....

Signature