DIRECTION GENERALE DES ECOLES METHODISTES

TRANSPORT D'ELEVES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : __/__/____

ADRESSE _____

_____

Code Postal : __ BP ____ VILLE : _____

Site fréquenté : _____

Classe fréquentée: _____

Photo

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, _____

Contact _____

responsable légal de l'enfant mentionné à droite,

autorise mon enfant à prendre les transports scolaires organisés

par le CSM.

Date : __/__/____ Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Montant de l'adhésion au services de transport scolaire :

Paiement annuel	Paiement trimestriel	Paiement mensuel

Echéancier

Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil