

**Direction de l'Action Éducative**  
[sscolaire@ville-taverny.fr](mailto:sscolaire@ville-taverny.fr)  
 01 30 40 50 90

**Document à retourner à la Direction de l'Action éducative avant le 28 mars 2026**

*Par mail à l'adresse [sscolaire@ville-taverny.fr](mailto:sscolaire@ville-taverny.fr) ou par voie postale*

**1. IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX**

NOM et PRENOM : .....	NOM et PRENOM : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....

**2. ENFANT(S) CONCERNE(S) PAR LA DEMANDE**

Nom	Prénom	Date de naissance	Niveau de classe 2026/2027

**3. ECOLE DEMANDEE**

COMMUNE DE SCOLARISATION 2025/2026	ECOLE DEMANDEE POUR LA RENTREE SCOLAIRE 2026/2027

**4. MOTIF DE LA DEMANDE**

☐ Poursuite de scolarité

☐ Rapprochement de fratrie

Nom/prénom de la fratrie : .....Date de naissance : .....

Ecole fréquentée (2026/2027) : .....Niveau de classe : .....

☐ Prise en charge sortie d'école par une tierce personne (attestation de prise en charge, carte d'identité et justificatif de domicile de -3 mois à joindre)

☐ Lieu de travail des parents (attestation d'employeur à joindre pour chaque parent)

☐ Autre motif pour convenance personnelle (courrier et justificatifs à joindre)

Je soussigné(e), Mme, M. (rayer la mention inutile) .....confirme que cette demande est déposée en concertation entre les responsables légaux.

Date :

Signature de(s) responsable(s) légal(aux)