



QUÉBEC
2020-2021

CHANGEMENT D'ADRESSE
À COMPTER DU : _____

à retourner par courriel, s'il y a lieu, à jean-andre.avignon@stanislas.qc.ca

| | |
|---------------------------------|--------|
| NOM ET PRÉNOM DU (DES) ÉLÈVE(S) | NIVEAU |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

ADRESSE DU (DES) RESPONSABLE(S) *

PARENTS ou PÈRE ou MÈRE

NOM ET PRÉNOM MÈRE : _____ PÈRE : _____

NUMÉRO : _____ RUE : _____ APP : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOMICILE : () _____ - _____ CELLULAIRE : () _____ - _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE _____

*** ADRESSE DE L'AUTRE PARENT (si différente)**

NOM DU PARENT : _____ PÈRE ou MÈRE

NUMÉRO : _____ RUE : _____ APP : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOMICILE : () _____ - _____ CELLULAIRE : () _____ - _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE _____

_____ Date

_____ Signature