

AUTORISATION DE DIFFUSION DES INFORMATIONS RELATIVES A LA SCOLARITE

Je soussigné(e) ,

Nom :

Prénom :

domicilié(e) à ,

Adresse :

Code postal :

Ville :

Autorise

N'autorise pas

La Direction de l'Enseignement Formation , Lieu dit Strada Vecchia 20290 BORGGO

à communiquer mes résultats scolaires ainsi que toute information concernant ma scolarité à mes parents ou à mes tuteurs légaux:

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

Fait à

le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé - bon pour accord »