

**SCOLARISATION HORS DU
DEPARTEMENT
COLLEGE**

ANNEXE 2

Ce document ne doit être utilisé que par les familles résidant en Essonne et souhaitant une scolarisation hors du département.*

*** Partie à remplir par la famille**

NOM de l'élève : **Prénom**
(en lettres majuscules)

Date de naissance :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Tél. :

Classe dont est issu l'élève : Etablissement :

Classe ou section demandée (préciser la spécialité) :

Langues choisies : LV1..... LV2.....

Etablissement sollicité par la famille :

Raison(s) invoquée(s) :

.....
.....

Date et signature du représentant légal :

*** Partie à remplir par le service de la Scolarité**

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DE L'ESSONNE	DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE DU DEPARTEMENT D'ACCUEIL
<p style="text-align: center;">SORTIE DU DEPARTEMENT</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE</p> <p style="text-align: center;">Sous réserve de la décision d'orientation</p> <p>Evry, le</p>	<p style="text-align: center;">ENTREE DANS LE DEPARTEMENT</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE</p> <p>Motif :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>

**La présente autorisation n'ouvre pas droit automatiquement aux subventions de transports scolaires.*