

**COMMISSION D'AJUSTEMENT  
DEMANDE D'AFFECTATION 2<sup>nde</sup>/1<sup>ère</sup> GT**

**A REMPLIR PAR LA FAMILLE**

NOM DE L'ELEVE : ..... PRENOM : ..... Sexe : F  G

DATE DE NAISSANCE : .....

NOM ET ADRESSE DU REPRESENTANT LEGAL : .....

.....

COMMUNE : ..... Téléphone : .....

**SCOLARITE EN 2013-2014**

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE : .....

VILLE : .....

ETABLISSEMENT :  PUBLIC  PRIVE SOUS CONTRAT  PRIVE HORS CONTRAT

LYCEE DE DESSERTE (si différent du lycée demandé) : .....

CLASSE SUIVIE EN 2013-2014 (préciser la série) : .....

LV1 : ..... LV2 : .....

**NATURE DE LA DEMANDE :**

AFFECTATION  REVISION D'AFFECTATION

LE CAS ECHEANT, NOTIFICATION D'AFFECTATION :

CLASSE : .....

ETABLISSEMENT : .....

NIVEAU DE CLASSE DEMANDE (Indiquer, le cas échéant, la série) : .....

ETABLISSEMENT(S) DEMANDE(S) :

1. .... VILLE : .....

2. .... VILLE : .....

3. .... VILLE : .....

MOTIFS DE LA DEMANDE : .....

.....

.....

.....

DATE : .....

SIGNATURE :

Renvoyer la fiche par fax, mail ou la déposer à l'accueil de la DSDEN du département avant le ..... 2014 avec le cas échéant, les pièces complémentaires (bulletin de 3<sup>ème</sup> trimestre, décision d'orientation, justificatif de domicile).