



CHANGEMENT D'ADRESSE

À COMPTER DU : _____

*à retourner, s'il y a lieu, au registrariat
support-registrariat@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 PÈRE : () _____ - _____
CELLULAIRE MÈRE : () _____ - _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE PÈRE _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE MÈRE _____

* 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