

Modification renseignements personnels 2026-2027

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
_____	_____
_____	_____

RENSEIGNEMENTS 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 _____

*** RENSEIGNEMENTS 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