

DEMANDE DE REINTEGRATION - ANNEE SCOLAIRE 2013 /2014

A renvoyer à la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Savoie
Division du 1^{er} degré
avant le 1^{er} Février 2013

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel / mel :

Sollicite pour **une réintégration**
2013/2014

je m'engage à fournir un certificat médical
d'aptitude délivré par un médecin agréé, avant le
1^{er} juin 2013

Fait à, _____, **le** _____

Signature de l'intéressé(e) :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION :