



## VILLE DE MARANGE-SILVANGE

12, rue de l'Abani - 57535 - Tél. 03 87 34 61 70 - Fax 03 87 34 61 75  
Email : accueil@mairie-marange-silvange.fr

### DEMANDE DE DEROGATION DE SECTEUR SCOLAIRE 2024-2025

*Cette demande dûment complétée doit recueillir l'avis des autorités figurant au verso dans l'ordre indiqué.*

Ecole où l'enfant doit se rendre normalement : \_\_\_\_\_

Ecole demandée : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du tuteur légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Horaires : \_\_\_\_\_

Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Horaires : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants non scolarisés : \_\_\_\_\_

Enfants scolarisés : \_\_\_\_\_

*Y compris celui pour lequel la demande est formulée*

NOM ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE ACTUELLEMENT	CLASSE

**ENFANT POUR LEQUEL LA DEROGATION EST DEMANDEE**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :  
\_\_\_\_\_

DOMICILE HABITUEL :  
\_\_\_\_\_

L'enfant y prend-il ses repas de midi ? OUI - NON

Si non où ?  
\_\_\_\_\_

**MOTIF PRECIS DE LA DEMANDE /**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1°) **Cachet de l'école demandée :**  
Avis du Directeur ou de la Directrice Date et Signature

2°) **Cachet de l'école que devrait fréquenter l'enfant :**  
Avis du Directeur ou de la Directrice Date et Signature

3°) **Eventuellement avis du Maire de la Commune d'origine :**  
(Changement de Commune) Date et Signature

Participation financière  OUI  NON

4°) **Avis du Maire :** Date et Signature