



BULLETIN D'ADHESION AU GAPE - ANNEE 2016-2017

Nom et prénom du parent :

Nom, prénom et classe de l'élève :

Frères et sœurs dans un autre établissement : OUI NON

Nom de l'établissement :

Adresse :

TEL Portable :

E-mail:

Fixe :

Désire adhérer au GAPE et joins un chèque de 10€ [à l'ordre du Gape) : OUI NON

Accepte de représenter les parents d'élèves aux conseils de classe et m'engage à fournir un compte rendu et à respecter la charte du Délégué : OUI NON
