

DEMANDE DE RÉVISION D'AFFECTATION EN 2 GT – RENTRÉE 2024
A adresser à : affectationvoielgt-49@ac-nantes.fr

Indiquer dans l'objet de votre mail : Nom-Prénom de l'enfant – Classe demandée

NOM de l'élève:	
Prénom de l'élève:	
INE Élève :	
Classe actuelle	
NOM du (des) responsable(s) légal(aux)	Madame : Monsieur :
ADRESSE:	
Tél.	
Mel	

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE : PUBLIC <input type="checkbox"/>		PRIVÉ <input type="checkbox"/>	
NOM :			
COMMUNE :			
SAISIE AFFELNET PAR ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, joindre l'IMPRESSION DE LA FICHE SAISIE DES VŒUX			

NOUVELLE DEMANDE			
	LYCÉE DEMANDÉ	LANGUES	
		LV A	LV B
Vœu 1			
OBSERVATIONS :			
DATE :			
SIGNATURE			