



ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

1ère demande       Renouvellement

**COMMUNE DE RESIDENCE :**

Tél. : 04 93 60 58 73  
Fax : 04 93 60 50 13  
compta@speracedes.fr

**DEROGATION SCOLAIRE**

(Article 23 de la loi N°83-663 du 22 Juillet 1983, modifiée par l'article 37 de la loi N°86-29 du 9 Janvier 1986 par l'article 11 de la loi N°86-972 du 19 Août 1986 par décret N°98-45 du 15 Janvier 1998)

**ELEVE**

Nom & Prénom : .....  
Date & Lieu de Naissance : .....  
Adresse complète : M. ou Mme .....  
Téléphone.....

**PARENTS**

**PERE**

**MERE**

Nom	Nom
Prénom :	Prénom :
Profession	Profession
Lieu d'exercice	Lieu d'exercice:

**MOTIFS DE LA DEMANDE DE SCOLARISATION**

- OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES DES PARENTS
- RAISONS MEDICALES (produire un certificat médical)
- FRERE OU SŒUR SCOLARISE(E) A L'ECOLE DE SPERACEDES
- CYCLE DEJA COMMENCE A L'ECOLE DE.....
- AUTRE MOTIF à préciser :

**SCOLARISATION DANS L'ETABLISSEMENT DE LA COMMUNE**

ECOLE MATERNELLE : .....SECTION : .....  
ECOLE ELEMENTAIRE : ..... CLASSE : .....

**PARTIE A COMPLETER PAR L'ADMINISTRATION**

**Commune de résidence**

Je soussigné (e) .....  
Maire/Adjoint de la commune de.....  
Déclare avoir pris connaissance de la demande de  
Dérogation scolaire indiquée ci-dessus.

**AVIS FAVORABLE**, la commune s'engage à participer  
Financièrement à la totalité des charges de fonctionnement.

**AVIS DEFAVORABLE**

A.....le.....

**Commune d'accueil**

Je soussigné (e) .....  
Maire/Adjoint de la commune.....  
Déclare avoir pris connaissance de la demande de  
Dérogation scolaire indiquée ci-dessus.

Donne un **AVIS FAVORABLE**

Donne un **AVIS DEFAVORABLE**

A.....le.....

Mairie de SPERACEDES  
11 boulevard du Docteur Sauvy  
06530 SPERACEDES