



## Demande de Résiliation / Withdrawal Request Form

### RENSEIGNEMENT SUR L'ELEVE / STUDENT INFORMATION

Nom et Prénom de l'élève Student's Name _____	N° de l'élève Student Number C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de Naissance Date of Birth <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### INFORMATIONS SUR LA RESILIATION / WITHDRAWAL INFORMATION

Motif du retrait Reason for withdrawal	<input type="checkbox"/> Déménagement à l'étranger Moving out of Switzerland	<input type="checkbox"/> Changement vers une autre école privée en Suisse Transferring to another Private School in Switzerland
	<input type="checkbox"/> Changement vers une école publique en Suisse Transferring to a Public School in Switzerland	<input type="checkbox"/> Autres Other

Date effective du départ  
Effective withdrawal date  
  /   /

Commentaires  
Comments  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### NOUVEL ETABLISSEMENT SCOLAIRE / NEW SCHOOL

Nom de l'école  
School Name  
 \_\_\_\_\_

Adresse  
Address  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Téléphone  
Phone  
 \_\_\_\_\_

Courriel  
E-mail  
 \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer une copie du bulletin scolaire de l'année en cours et de la dernière année à l'école mentionnée ci-dessus  
 Please mail copies of the current year records and the final transcripts to the school mentioned above

Veuillez retourner les informations ci-dessus, dès que possible par fax +41 (0) 22 775 55 59, courriel admissions@cdl.ch ou courrier Collège du Léman Sàrl - Demande d'annulation - 74 Route de Sauvigny, 1290 Versoix-Genève (Suisse).  
 Please return the following information, as soon as possible via fax +41 (0) 22 775 55 59, e-mail admissions@cdl.ch or regular mail Collège du Léman Sàrl - Withdrawal Request - 74 Route de Sauvigny, 1290 Versoix-Geneva (Switzerland).

Date  
Date  
  /   /

Nom du Responsable Légal Legal Guardian's Name _____	Signature du Responsable Légal Legal Guardian's Signature _____
---	---

#### USAGE INTERNE / INTERNAL USE

<input type="checkbox"/> FACILITY	<input type="checkbox"/> FINANCE	<input type="checkbox"/> DIRECTION	<input type="checkbox"/> ACADEMIA
<input type="checkbox"/> NAVISION	<input type="checkbox"/> BOARDING	<input type="checkbox"/> BUS	<input type="checkbox"/> RECORDS

**Collège du Léman Sarl**  
*WITHDRAWAL REQUEST*  
Route de Sauverny 74  
Case postale 156  
CH-1290 Versoix