

PROCÉDURE DE CONCILIATION INTERNE (volet 1)

Je soussigné(e)

Père, mère ou représentants légaux d'un élève mineur

Élève majeur

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE (Rue, n°, code postal, localité) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

Souhaite que le Conseil de classe réexamine sa décision à propos de l'élève (à compléter uniquement pour l'élève mineur) :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE (Rue, n°, code postal, localité) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

ANNÉE D'ÉTUDE DE L'ÉLÈVE :

ENSEIGNEMENT

GÉNÉRAL

TECHNIQUE DE QUALIFICATION

TECHNIQUE DE TRANSITION

ARTISTIQUE DE QUALIFICATION

ARTISTIQUE DE TRANSITION

PROFESSIONNEL

Option

Décision du Conseil de classe

Attestation d'orientation C

Attestation d'orientation B n'admettant qu'à

Autre :

Décision du jury de qualification

Refus du certificat

Autre :

