

PROCÉDURE DE CONCILIATION INTERNE

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GÉNÉRAL | <input type="checkbox"/> TECHNIQUE DE QUALIFICATION |
| <input type="checkbox"/> TECHNIQUE DE TRANSITION | <input type="checkbox"/> ARTISTIQUE DE QUALIFICATION |
| <input type="checkbox"/> ARTISTIQUE DE TRANSITION | <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL |

Option

Décision du Conseil de classe

- Attestation d'orientation C
- Attestation d'orientation B n'admettant qu'à
- Autre :

