

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

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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/Jury de qualification

- Attestation d'orientation C
- Attestation d'orientation B n'admettant qu'à _____
- Refus d'octroi du certificat de qualification
- Autre : _____

