

PROCÉDURE DE RECOURS EXTERNE AUPRÈS DU CONSEIL DE RECOURS CONTRE LES DÉCISIONS DU CONSEIL DE CLASSE (volet 2)

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 introduire par la présente un recours contre la décision d'un Conseil de classe prise à l'égard de l'élève mineur (rubrique à compléter uniquement si élève mineur):

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

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

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : _____

ADRESSE ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (Rue, n°, code postal, localité) : _____

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

RÉSEAU D'ENSEIGNEMENT

| NON-CONFESSIONNEL | | | | CONFESSIONNEL | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | RÉSEAU DE LA FÉDÉRATION WALLONIE- BRUXELLES | <input type="checkbox"/> | RÉSEAU OFFICIEL SUBVENTIONNÉ | <input type="checkbox"/> | RÉSEAU LIBRE SUBVENTIONNÉ NON- CONFESSIONNEL |
| | | | | <input type="checkbox"/> | RÉSEAU LIBRE SUBVENTIONNÉ CONFESSIONNEL |

