

PROCEDURE DE RECOURS EXTERNE AUPRES DU CONSEIL DE RECOURS CONTRE LES DECISIONS DU CONSEIL DE CLASSE (Volet 2)

Je soussigné(e)

- Père, mère ou représentants légaux d'un élève mineur
 Elève majeur

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

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

TELEPHONE :

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 :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

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

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

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

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

RESEAU D'ENSEIGNEMENT :

NON-CONFESSIONNEL				CONFESSIONNEL			
<input type="checkbox"/>	RESEAU DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES	<input type="checkbox"/>	RESEAU OFFICIEL SUBVENTIONNE	<input type="checkbox"/>	RESEAU LIBRE SUBVENTIONNE NON-CONFESSIONNEL	<input type="checkbox"/>	RESEAU LIBRE SUBVENTIONNE CONFESSIONNEL

ENSEIGNEMENT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> GENERAL | <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 |

ANNEE D'ETUDE DE L'ELEVE :

OPTION :

