



Institut du Sacré-Cœur  
Rue des Dominicains 9  
7000 MONS  
☎ 065/40.28.34 ☎ 065/40.28.36  
(ec001231@adm.cfwb.be)

# DEMANDE DE COPIE D'EXAMEN(S)

Je soussigné (e), ....., responsable de l'élève,

NOM, Prénom : ..... Classe : .....

Souhaite obtenir une copie de l'examen de :

Branche	NOM du professeur :	Motif de la demande :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

par mail à l'adresse suivante : .....

en version papier que je viendrai chercher à l'accueil, contre paiement des frais (0.25€ par page), conformément à la circulaire CFWB 3685 du 18/08/2011.

Je m'engage à ne faire usage de cette copie qu'à titre strictement privé et à ne pas la diffuser.

Date et signature :