

PROCEDURE DE CONCILIATION INTERNE (volet 1)

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 que le Conseil de classe réexamine sa décision à propos de l'élève (à compléter uniquement pour l'élève mineur) :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

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

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

ANNEE D'ETUDE DE L'ELEVE :

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 |

Option

Décision du Conseil de classe

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

