

## 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

GÉNÉRAL

TECHNIQUE DE QUALIFICATION

TECHNIQUE DE TRANSITION

ARTISTIQUE DE QUALIFICATION

ARTISTIQUE DE TRANSITION

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 : .....



