

FORMULAIRE DE RECOURS EXTERNE AUPRÈS DU CONSEIL DE RECOURS CONFESSIONNEL 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 CONFESSIONNEL

ENSEIGNEMENT

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

