

**PROCEDURE DE CONCILIATION INTERNE
CONCERNANT UNE DECISION DU CONSEIL DE CLASSE**

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

GENERAL

TECHNIQUE DE TRANSITION

ARTISTIQUE DE TRANSITION

TECHNIQUE DE QUALIFICATION

ARTISTIQUE DE QUALIFICATION

PROFESSIONNEL

Option

Décision du Conseil de classe

Attestation d'orientation C

Attestation d'orientation B n'admettant qu'à

Autre :

.....

