

**PROCÉDURE DE CONCILIATION INTERNE****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 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 : .....*

