

## PROCEDURE DE RECOURS EXTERNE AUPRES DU CONSEIL DE RECOURS CONTRE LES DECISIONS DU CONSEIL DE CLASSE (Volet 2)

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 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 : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

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

TELEPHONE : .....

ADRESSE MAIL : .....

### ETABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM ETABLISSEMENT SCOLAIRE : .....

ADRESSE ETABLISSEMENT SCOLAIRE (Rue, n°, code postal, localité) : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE MAIL : .....

### 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               |

ANNEE D'ETUDE DE L'ELEVE : .....

OPTION : .....

### PROCEDURE INTERNE A L'ETABLISSEMENT

- JOINDRE LA PREUVE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROCEDURE DE CONCILIATION INTERNE

