

**PROCEDURE DE RECOURS EXTERNE AUPRES DU CONSEIL DE RECOURS
 CONTRE LES DECISIONS 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 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 :

RESEAU D'ENSEIGNEMENT :

NON-CONFESSIONNEL				CONFESSIONNEL	
<input type="checkbox"/>	RESEAU DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES	<input type="checkbox"/>	RESEAU OFFICIEL SUBVENTIONNE	<input type="checkbox"/>	RESEAU LIBRE SUBVENTIONNE NON-CONFESSIONNEL
				<input type="checkbox"/>	RESEAU LIBRE SUBVENTIONNE CONFESSIONNEL

ENSEIGNEMENT

- GENERAL TECHNIQUE DE QUALIFICATION

