



**PROCEDURE DE CONCILIATION INTERNE**  
**2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degrés**

**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 QUALIFICATION  
 PROFESSIONNEL

Option .....

**Décision du Conseil de classe/Jury de qualification**

- Attestation d'orientation C  
 Attestation d'orientation B n'admettant qu'à .....
- Refus d'octroi du certificat de qualification  
 Autre : .....

