

Annexe 2

**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**

GENERAL

TECHNIQUE DE TRANSITION

ARTISTIQUE DE TRANSITION

TECHNIQUE DE QUALIFICATION

ARTISTIQUE DE QUALIFICATION

PROFESSIONNEL

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

OPTION : .....

