



 **DEMANDE DE RÉVISION D'UNE DÉCISION CONCERNANT UN ÉLÈVE**

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE	
NOM PRÉNOM	
CODE PERMANENT	N° DE DOSSIER DATE
NOM DU PARENT	
PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR LÉGAL <input type="checkbox"/>	
ADRESSE CODE POSTAL	
NO. DE TÉLÉPHONE – DOMICILE (.....) TRAVAIL (.....)..... CELL. (.....).....	
ÉCOLE FRÉQUENTÉE NO. DE TÉLÉPHONE – ÉCOLE	
ANNÉE D'ÉTUDES EN COURS	
NOM DE LA DIRECTION D'ÉCOLE	
NATURE DE LA DEMANDE	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli et signé à M^e Anna Sollazza, secrétaire générale de la Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier, à l'adresse suivante : jthompson@swlauriersb.qc.ca.

