COMMISSION SCOLAIRE EASTERN TOWNSHIPS	*Titre:* **PROCÉDURE POUR LA RECONSIDÉRATION D'UNE DÉCISION – FORMULAIRE DE DEMANDE**	
Source: **Secrétaire générale**		*Numéro de référence:* **P023-2FR**

DEMANDE DE RÉVISION D'UNE DÉCISION VISANT UN ÉLÈVE

(Articles 9 à 12 – *Loi sur l'instruction publique*)

Nom de l'élève: _____

Date de naissance de l'élève : _____/ _____/ _____ Âge: _____
année mois jour

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____

Nom de l'école ou du centre : _____

Classe ou programme: _____

Nom(s) du (des) parent(s) ***(s'il y a lieu)*****:** _____

Auteur de la décision: _____

Date de la décision: _____

Nature de la décision: _____

_____

_____

Description de la demande de révision: _____

_____

_____

Signature:_____ **Date:**_____

Le formulaire doit être retourné à :

Madame Caroline Dufresne, Secrétaire générale
Commission scolaire Eastern Townships
340, rue Saint-Jean-Bosco, Magog, Qc J1X 1K9
Courriel : dufresnec@etsb.qc.ca
Téléphone : (819) 868-3100 x 55025 Télécopieur: (819) 868-2286

Mise à jour 7 – Mai 2003