A remplir en cas de désaccord avec la famille

#### Annexe 0 bis

# IDENTIFICATION DE L’ÉLÈVE :

NOM et Prénoms de l’élève : ................................................……………………Classe fréquentée : ……… Né(e) le ...................................... Sexe : G  F 

###  RÉPONSE DE LA FAMILLE À LA DÉCISION DU CONSEIL DES MAÎTRES

### *(À remettre à l’école dans les 15 jours, soit pour le …………………..)*

* **Accepte la décision du conseil des maîtres**
* Passage en classe de ……… (cycle ...)
* Réduction du cycle ... et passage en classe de ...
* Allongement du cycle …… et maintien en classe de ....
* **N’accepte pas la décision du conseil des maîtres** **et fait appel de la décision devant la** **commission départementale d’appel**

Déclare avoir été avisée de :

* disposer d’un délai de 15 jours à compter de la réception de la notification de la décision du conseil des maîtres pour faire appel.
* pouvoir adresser au Président de la commission d’appel, sous pli cacheté, tous documents susceptibles de compléter son information (documents à déposer auprès du Chef d'établissement de l’élève).
* pouvoir être entendue auparavant par le Président de la commission à condition d’en faire la demande.

□ ne souhaite pas être entendue par la commission d’appel.

□ lettre explicative de la famille exposant les motifs du recours jointe, le cas échéant

□ demande à être entendue par le Président de la commission d’appel.

*Les rendez-vous sont fixés par téléphone au secrétariat du Service 1er degré de la Direction diocésaine au 02 41 79 51 42*

Date : Signature du ou des responsables légaux :

 Décision du conseil des maîtres

* Passage en classe de ……(cycle ....)
* Réduction du cycle ... et passage en classe de ...
* Allongement du cycle …… et maintien en classe de ....
* Cas dérogatoires *(second allongement ou seconde réduction de cycle au cours de la scolarité primaire)*

**Motivation** : (Obligatoire en cas de désaccord avec la demande de la famille)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date et signature du Chef d'établissement :

…………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date et signature du (de la) directeur (-trice) :

**DÉCISION DE LA COMMISSION D’APPEL**

NOM et Prénom de l’élève : …………………………………………………………………………………..

* Admission en classe de ……… cycle .....
* Réduction du cycle ... et passage en classe de ...
* Allongement du cycle …… et maintien en classe de ....

**Rappel** :

La décision prise par la commission départementale d’appel vaut décision définitive de passage dans la classe supérieure, de redoublement ou de saut de classe.

Date et signature, le président de la commission d’appel :

#### ANNEXE 2