

CENTRE DE RESSOURCES ÉDUCATIVES ET PÉDAGOGIQUES
ORGANISATION SCOLAIRE
DÉSINSCRIPTION DES ÉLÈVES

NOM DE L'ORGANISME :

NUMÉRO DE GROUPE :

NOM DE L'ENSEIGNANT :

Une fois complété, enregistrez le formulaire sur votre ordinateur et nommez le fichier en incluant le nom de votre organisme.

Veuillez retourner le formulaire par courriel à crep.os@csgm.qc.ca

#	NOM TEL QU'IL PARAÎT SUR LE DOCUMENT	PRÉNOM TEL QU'IL PARAÎT SUR LE DOCUMENT	DATE DE NAISSANCE (ANNÉE-MOIS-JOUR)	SEXE	DATE DE FIN DE LA FORMATION (ANNÉE-MOIS-JOUR)	Motif
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

1. ABANDON
2. 5 JOURS D'ABSENCES ET +
3. EMPLOI
4. CHANGEMENT DE SERVICE D'ENSEIGNEMENT
5. FIN DE FORMATION
6. AUTRE _____

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE

COURRIEL

DATE

--	--	--