



Annexe 4A

Information à la direction pour la passation d'épreuves au primaire

Le parent doit transmettre ce formulaire à sec-sec@csvt.qc.ca au plus tard le 30 octobre.

IDENTIFICATION PERSONNELLE

Date de la demande : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Code permanent de l'enfant (si connu) : _____

Date de naissance : _____

Niveau de scolarité : _____

Nom et prénom du parent : _____

Adresse : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

JE DÉSIRE QUE MON ENFANT PARTICIPE AUX ÉPREUVES À L'ÉCOLE

ÉPREUVES DU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE	ÉPREUVES MINISTÉRIELLES
<input type="checkbox"/> Anglais (<input type="checkbox"/> 4 ^e et <input type="checkbox"/> 6 ^e année)	<input type="checkbox"/> Français (<input type="checkbox"/> 4 ^e et <input type="checkbox"/> 6 ^e année)
<input type="checkbox"/> Mathématiques (<input type="checkbox"/> 2 ^e et <input type="checkbox"/> 4 ^e année)	<input type="checkbox"/> Mathématiques (<input type="checkbox"/> 6 ^e année)

Les Services des ressources éducatives communiqueront avec le parent pour l'informer des modalités pour la passation des épreuves.

Signature du parent

Date