

## DEMANDE DE RÉVISION DE NOTE

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) : \_\_\_\_\_

Identification de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Compétence concernée : \_\_\_\_\_ Code-cours : \_\_\_\_\_

Pièces justificatives (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**Motif de la demande :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction

\_\_\_\_\_  
Date

Demande **acceptée**

Demande **refusée**

Cette demande doit être envoyée au directeur adjoint du secteur concerné, dans les 30 jours suivant la réception du résultat pour lequel une révision de note est demandée