



**Lycée Professionnel
Léon de
Lépervanche
BP 1015
31, Avenue
Raymond Mondon
97828 Le Port**

Tél. 02 62 42 75 75

Fax 02 62 43 26 97

Mél. ce.9740552g@ac-
reunion.fr

DEMANDE EXCEPTIONNELLE DE CHANGEMENT D'EMPLOI DU TEMPS

CLASSE : GROUPE :

Suite à l'absence exceptionnelle de,
nous souhaiterions un changement d'emploi du temps :

HORAIRE(S) A MODIFIER :

* Jour(s)	
* Heures :	
* Professeur :	

PROPOSITION(S) DE MODIFICATION :

* Jour(s)	
* Heures :	
* Professeur :	

Nous vous remercions par avance de prendre en compte notre demande.

Signatures : Délégué de la classe

Professeur(s) concerné(s)

Avis du chef d'établissement

Date :

ACCORDÉ ☐

M. le Proviseur Adjoint

REFUSÉ ☐

Faire noter dans le carnet et prévenir la vie scolaire : CPE M.....

Destinataire :

original (secrétariat) – 1 copie CPE – 1 copie professeur(s) concerné(s)