



# Conseil scolaire catholique de district des Grandes Rivières

Siège social  
896, promenade Riverside  
Timmins (ON) P4N 3W2

Téléphone: (800) 465-9984 ou (705) 267-1421 & Télécopieur: (705) 267-7247 & courriel: cscdgr@cscdgr.on.ca

---

## Annexe 3

*(Ville, date)*

*(Madame, Monsieur) (Nom du parent, tutrice, tuteur ou de l'élève majeur)*

*(Adresse complète)*

*(Ville, province)*

*(Code postal)*

**Objet :** Refus de la demande de transfert de \_\_\_\_\_ *(Nom de l'élève)* \_\_\_\_\_ à un autre secteur de fréquentation scolaire.

*(Madame, Monsieur),*

Malheureusement je dois vous informer que la demande de transfert que vous avez faite le \_\_\_\_\_ *(date)* \_\_\_\_\_ a été refusée pour la ou les raisons suivantes :

---

---

---

Sachez que si vous n'acceptez pas la décision prise au sujet de votre demande de transfert, vous pouvez faire appel de cette décision, dans les dix (10) jours suivant la réception de cet avis, auprès de la direction de l'éducation en envoyant une lettre, expliquant le pourquoi de votre appel, adressée à :

*(Nom de la direction de l'éducation)*

*(Adresse complète)*

*(Ville, province)*

*(Code postal)*

Si vous avez besoin de plus d'informations veuillez communiquer avec moi : *(Nom de l'agente ou agent de supervision et numéro de téléphone)*.

Veuillez agréer, *(Madame, Monsieur,)* l'assurance de mes meilleurs sentiments.

---

(Signature de l'agente ou agent de supervision)

c.c. Direction de l'école actuellement fréquentée  
Direction de l'école qui sera fréquentée  
Direction de l'éducation