

**ATTESTATION D'ÉTUDES PROFESSIONNELLES**

**REQUÊTE D'ATTESTATIONS ET DE RELEVÉS DE COMPÉTENCES**

Centre de services scolaire : \_\_\_\_\_ Code d'organisme : \_\_\_\_\_

Nom de la personne responsable de la sanction des études  
en formation professionnelle : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

Adresse de livraison des documents : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de la personne à contacter au sujet de cette requête au besoin :

Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Programme d'AEP	Code	Nombre	
		Attestations	Relevés
Titre :			
Titre :			
Titre :			
Titre :			
Titre :			
Titre :			
	<b>Total</b>		
Section réservée à la Fédération	Numéros des documents	de _____ à _____	de _____ à _____

Faire parvenir ce formulaire par courriel à [affaireseducatives@fcssq.quebec](mailto:affaireseducatives@fcssq.quebec)

Prière d'utiliser tous les documents reçus avant de faire une nouvelle demande.

