



Transmission du portrait périodique de l'enfant

Nom de l'enfant : _____

Période visée	Signature	Date	Transmission
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier
Décembre / juin			courriel / papier

