Prénom nom
Adresse
Code postal Ville
N° de téléphone

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 À .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : demande de changement de place

Madame/Monsieur …(nom)…,

Je souhaiterais attirer votre attention sur le fait que mon enfant ...(prénom, nom)..., scolarisé dans votre établissement en classe de ...(précisez)... est atteint ...(spécifiez : d'une légère déficience visuelle, d'un trouble de l'audition)... comme l'atteste le certificat médical établi par son ophtalmologue/ORL, joint à la présente.

Or, il a été décidé qu'il soit placé dans sa classe au ...(indiquez le rang)... Ce positionnement l'empêche de comprendre tout ce que dit son enseignant/lire correctement tout ce qui est écrit au tableau.

Extrêmement soucieux de sa réussite scolaire, je vous demande donc de bien vouloir lui réattribuer une place dans les trois premiers rangs.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma requête, je vous prie de recevoir, Madame/Monsieur ...(nom)..., mes respectueuses salutations.

                                                                                                                                                                           Signature : .........................................