



Absence pour raison médicale

Madame, Monsieurparent (ou responsable
légal) de l'enfant :, scolarisé en classe
de sollicite une autorisation d'absence de l'école pour raison médicale.

☞ Lieu des soins :

☞ Jour(s) :

Lundi mardi mercredi jeudi vendredi **le matin**

☞ Départ de l'école : h ☞ Retour à l'école : h

Lundi mardi jeudi vendredi **l'après-midi**

☞ Départ de l'école : h ☞ Retour à l'école : h

Notre enfant sera pris en charge par

À le/...../201.....

Signature des parents ou responsables légaux

Signature du chef d'établissement