

ECOLE SAINT JOSEPH

Place Georges Pompidou

15 700 PLEAUX

04 71 40 42 60 / 06 65 05 36 80

JUSTIFICATIF D'ABSENCE

Je soussigné(e) Mr - Mme * _____ ,
père - mère ou représentant légal * de l'élève :

Scolarisé(e) en classe de _____

Informe que mon enfant sera absent les jours suivants :

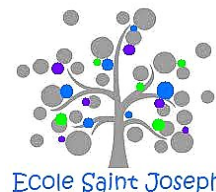
| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|-------|-------|-------|----------|
| Dates | | | | |

Motif : _____

Fait à _____ , le ____ / ____ / ____

Signature

** Barrer la (les) mention(s) inutile(s)*



ECOLE SAINT JOSEPH

Place Georges Pompidou

15 700 PLEAUX

04 71 40 42 60 / 06 65 05 36 80

JUSTIFICATIF D'ABSENCE

Je soussigné(e) Mr - Mme * _____ ,
père - mère ou représentant légal * de l'élève :

Scolarisé(e) en classe de _____

Informe que mon enfant sera absent les jours suivants :

| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|-------|-------|-------|----------|
| Dates | | | | |

Motif : _____

Fait à _____ , le ____ / ____ / ____

Signature

** Barrer la (les) mention(s) inutile(s)*