

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGE POUR RENDEZ-VOUS MEDICAUX DE COURTE DUREE

A compléter par les parents et à remettre le plus tôt possible
à l'enseignant(e) de l'enfant concerné

Nom et Prénom de l'enfant concerné _____

Nom de l'enseignant(e) titulaire de la classe _____

Mon enfant devra s'absenter de la classe

Le _____ (date), de _____ à _____ (heures)

L'enfant attend en classe qu'on vienne le chercher.

Type de rendez-vous

Médical

- Pédiatre
- Dentiste
- Orthodontie
- Ophtalmologie
- Physiothérapie
- Autre: _____

Date: _____

Signature du parent: _____

Dans la mesure du possible, veuillez prendre vos rendez-vous en dehors des heures scolaires