

Formulaire de demande de congé pour rendez-vous médicaux de courte durée



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.