

Je soussigné

Nom : Prénom :

Adresse :

sollicite pour mon enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / à :

Ecole : Classe :

l'autorisation de suivre des séances de soins pendant les heures scolaires.

Je déclare, en conséquence, que le directeur et les adjoint(e)s ne peuvent être tenus pour responsables pendant l'absence mentionnée dans cette demande et pendant la durée du trajet.

Renseignements à fournir sur les soins envisagés :

1. Organisme conseillant les soins :
2. Adresse de cet organisme :
3. Nature des soins :
4. Nom du personnel soignant :
5. Lieu des soins :
6. Jour(s) et horaires :

Date et signature :

Avis favorable défavorable

du directeur ou de l'équipe éducative réunie le : / /

Autorisation accordée refusée

Date et signature du directeur