

pour information le:.....

Autorisation d'absence pour soins médicaux réguliers pendant le temps scolaire

Enfant ayant un P.P.S oui Enfant ayant un P.A.I. oui		non □		
·				
Prise en charge:				
\Box SESSAD \Box CAMSP \Box CM	PP □CMP	□Hôpital de	jour \square	Orthophoniste
☐ Autre (préciser)				
NOM de l' enfant :		Prénom:		
Date de naissance :		Adresse(s)		
Père :		1		
Mère :				
Responsable légal :				
École élémentaire A DAUDET Plaisa	Classe:			
Nom du directeur: Stéphane GARCIA		Nom de l'enseignant		
Nom, prénom et qualité de l'intervenant :		Lieux:		
Emploi du temps (il est très important de bien				
la durée véritable du séjour de l'élève hors de la classe. Selon l'heure de la séance, préciser Matin		nce, préciser si l	Après-midi	
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi Vendredi				
Mode d'accompagnement de l'enfant chez le p	La rosponsobilitá d	las rasponsablas	lágouy) :	
		-		
Signature des parents (ou représentants légaux) qui l'élève désigné ci-dessus quitte de service, attestant la réalité des soins			Avis et signatur de l'école :	e du directeur ou de la directrice
l'école (pour les soins ici désignés) sous leur			☐ Accordé	☐ Refusé
entière responsabilité :			Motif:	□ Keluse
				Signature :
Transmis à 1 'IEN	<u> </u>		I	