académie Toulouse

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

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

Enfant ayant un P.P.S oui ☐ non ☐
Enfant ayant un P.A.I. oui ☐ non ☐

Prise en charge :

☐SESSAD ☐CAMSP ☐CMPP ☐CMP ☐Hôpital de jour ☐Orthophoniste

☐Autre (préciser) ……..……

| | |
|---|---|
| NOM de l' enfant : | Prénom : |
| Date de naissance : | Adresse(s) |
| Père : | |
| Mère : | |
| Responsable légal : | |
| École élémentaire A DAUDET Plaisance du Touch | Classe : |
| Nom du directeur: Philippe GAY | Nom de l'enseignant |
| Nom, prénom et qualité de l'intervenant : | Lieux : |

Emploi du temps (il est très important de bien noter, dans l'emploi du temps, les heures de départ de l'école et de retour qui indiquent la durée véritable du séjour de l'élève hors de la classe. Selon l'heure de la séance, préciser si l'enfant revient à l'école ou non ensuite.) :

| | **Matin** | **Après-midi** |
|---|---|---|
| Lundi | | |
| Mardi | | |
| Mercredi | | |
| Jeudi | | |
| Vendredi | | |

Mode d'accompagnement de l'enfant chez le praticien (sous la responsabilité des responsables légaux) :

| | | |
|---|---|---|
| Signature des parents (ou représentants légaux) qui reconnaissent que l'élève désigné ci-dessus quitte l'école (pour les soins ici désignés) sous leur entière responsabilité : | Signature du (des) praticien(s) ou du responsable de service, attestant la réalité des soins : | **Avis et signature** du directeur ou de la directrice de l'école :<br>☐ Accordé ☐ Refusé<br>Motif :<br>Signature : |

Transmis à l 'IEN

pour information le : …….