

AUTORISATION PARENTALE POUR UN RENDEZ-VOUS MEDICAL HEBDOMADAIRE CHEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTE SUR LE TEMPS SCOLAIRE

Je soussigné(e), _____

Responsable légal de l'enfant _____ scolarisé au
collège Notre Dame le Clos Fleuri en classe de _____ l'autorise à quitter l'établissement sur le temps scolaire

pour des soins chez le professionnel de santé ci-dessous :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

L'élève est autorisé à partir seul à ses rendez-vous Oui Non
Dans la négative, les parents devront sonner au portail.

Lundi : Départ du collège à : _____ Retour au collège à : _____

Mardi : Départ du collège à : _____ Retour au collège à : _____

Mercredi : Départ du collège à : _____ Retour au collège à : _____

Jeudi : Départ du collège à : _____ Retour au collège à : _____

Vendredi : Départ du collège à : _____ Retour au collège à : _____

Date de début des soins : _____

Date de fin des soins : _____

Observations éventuelles du responsable légal :

En cas de changement en cours d'année, il est impératif de prévenir le chef d'établissement.

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal

Visa du Chef d'Etablissement
Géraldine BOEMO