ECOLE NOTRE DAME LE CLOS FLEURI
Etablissement Catholique d'Enseignement privé
sous contrat d'association avec l'État
22 Boulevard Carnot 32600 L'Isle-Jourdain
Tél : 05.62.07.01.25
ecole.closfleuri@wanadoo.fr / www.ndleclosfleuri.com

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 à l'école 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 :

Nom : …..
Adresse : …..
Numéro de téléphone : …..

- lundi (Départ de l'école à …..... / Retour à l'école à …..)
- mardi (Départ de l'école à …..... / Retour à l'école à …..)
- jeudi (Départ de l'école à …..... / Retour à l'école à …..)
- vendredi (Départ de l'école à …..... / Retour à l'école à …..)

Début des soins le : …..
Fin des soins le : …..

Observations éventuelles du responsable légal :

…..
.....

Les élèves pris sur le temps scolaire devront être récupérés par l'entrée de l'école au 22 Boulevard Carnot.
En cas de changement en cours d'année scolaire, il est impératif de prévenir l'enseignant et / ou le chef d'établissement.

A …..... , le …..

Signature du responsable légal