



## COLLEGE NOTRE DAME LE CLOS FLEURI

Etablissement Catholique d'Enseignement Privé

sous contrat d'association avec l'Etat

5bis Avenue Claude Augé BP 19 - 32600 Isle-Jourdain

Tél. : 05.62.07.37.93/E-mail : [college.closfleuri@wanadoo.fr](mailto:college.closfleuri@wanadoo.fr)

[www.ndleclosfleuri.com](http://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 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 : \_\_\_\_\_

☐ 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