

## 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