



ECOLE NOTRE DAME LE CLOS FLEURI

Etablissement Catholique d'Enseignement Privé
sous contrat d'association avec l'Etat

22 Bld Carnot BP 19 - 32600 Isle-Jourdain

Tél. : 05.62.07.01.25/E-mail : 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 ci-dessous :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

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 : _____

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
Nadège LOUBENS