



## **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](mailto:ecole.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 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 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 : \_\_\_\_\_

Début des soins : \_\_\_\_\_

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