



**AUTORISATION D'ABSENCE OU DE SORTIE
POUR RAISON DE SUIVI MEDICAL REGULIER**

Nom et prénom de l'enfant :

Ecole fréquentée :

Motif de l'absence :

Prestation	Jour(s) concerné(s)	Horaire de départ	Horaire de retour	Personne récupérant l'enfant (nom et qualité)	Personne ramenant l'enfant (nom et qualité)
Périscolaire et/ou extrascolaire	<input type="checkbox"/> Lundi				
	<input type="checkbox"/> Mardi				
	<input type="checkbox"/> Mercredi				
	<input type="checkbox"/> Jeudi				
	<input type="checkbox"/> Vendredi				

Fait à Carros, le

Signature des parents ou du responsable légal



**AUTORISATION D'ABSENCE OU DE SORTIE
POUR RAISON DE SUIVI MEDICAL REGULIER**

Nom et prénom de l'enfant :

Ecole fréquentée :

Motif de l'absence :

Prestation	Jour(s) concerné(s)	Horaire de départ	Horaire de retour	Personne récupérant l'enfant (nom et qualité)	Personne ramenant l'enfant (nom et qualité)
Périscolaire et/ou extrascolaire	<input type="checkbox"/> Lundi				
	<input type="checkbox"/> Mardi				
	<input type="checkbox"/> Mercredi				
	<input type="checkbox"/> Jeudi				
	<input type="checkbox"/> Vendredi				

Fait à Carros, le

Signature des parents ou du responsable légal