



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

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Ecole fréquentée :

Motif de l'absence :

Prestation	Jour(s) Concerné(s) :	Horaires de départ de l'enfant :	Horaire de retour de l'enfant :	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