



**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**