

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGE POUR RENDEZ-VOUS MEDICAUX DE COURTE DUREE

A compléter par les parents et à remettre le plus tôt possible  
à l'enseignant(e) de l'enfant concerné

Nom et Prénom de l'enfant concerné \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant(e) titulaire de la classe \_\_\_\_\_

*Mon enfant devra s'absenter de la classe*

Le \_\_\_\_\_ (date), de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (heures)

L'enfant attend en classe qu'on vienne le chercher.

### Type de rendez-vous

Médical

- Pédiatre
- Dentiste
- Orthodontie
- Ophtalmologie
- Physiothérapie
- Autre: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du parent: \_\_\_\_\_

**Dans la mesure du possible, veuillez prendre vos rendez-vous en dehors des heures scolaires**