



DEMANDE D'AUTORISATION DE SORTIE – 2025-2026 (pour motif médical ou rééducatif)

Mr ou Mme _____ parent(s) ou responsable(s) légal(aux) de l'enfant
_____ scolarisé à l'école Saint Joseph en classe de _____, sollicite(nt) une
autorisation d'absence de l'école pour les motifs suivants :

- Orthophonie CPEA Rééducation Soins
 Autres (veuillez préciser) : _____

Lieu des soins : _____

Jour : _____

Horaire de départ : _____

Horaire de retour : _____

Nous prendrons en charge nous-mêmes notre enfant à la sortie de l'école

Notre enfant sera pris à la sortie de l'école, sous notre responsabilité, par :

Notre enfant sera pris en charge par un taxi : nom de la compagnie :

Date et signatures :

AUTORISATION DU CHEF D'ETABLISSEMENT :

Madame JOUANNO Maryse, Cheffe d'établissement de l'école Saint Joseph, autorise
_____, élève en classe de _____, à s'absenter de l'école dans
les conditions mentionnées ci-dessus.

Date et signature :