



**ACADEMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Fiche d'autorisation de sortie pour des soins pendant le temps scolaire

Année scolaire :

Date d'ouverture ou de modification du dossier :

Etablissement scolaire :

Téléphone :

Elève :

Nom : Prénom :

Né (e)le : / / Classe : Enseignant :

Parents / Représentant légal :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Comme suite aux prescriptions (document à joindre obligatoirement) du médecin :

....., je soussigné (e)

....., responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné, demande au directeur/ trice de l'école la possibilité d'autoriser mon enfant à bénéficier de soins..... avec le praticien, la structure pendant le temps scolaire suivant le calendrier suivant :

Personnes (majeures obligatoirement) autorisées à venir prendre l'enfant (signalées dans la fiche de renseignement) :

NOM	PRENOM	LIENS AVEC L'ELEVE

Je m'engage à informer l'école pour tout changement de calendrier afin de modifier le présent document.

Fait à le

Signature du ou des représentants légaux.