



**ACADÉMIE  
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.**