

TRAITEMENTS

- FORMULE DE PARTICIPATION

ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE

ECOLE

Rue n°

à

Je soussigné(1)

atteste que (2), élève de (3).....

doit suivre un traitement

En raison des circonstances, je sollicite que le traitement s'effectue comme suit :

DATES	HEURES	LIEUX

Je déclare assumer la responsabilité de (2) pendant son absence de l'école pour les besoins du traitement comme indiqué ci-avant. Je m'engage à prévenir préalablement l'école, par écrit, si une modification devait intervenir.

Date et signature, (4)

Pour accord,
 Directeur,
 Le
 Signature :
 Nom :

- (1) Nom des parents, tuteur ou personne responsable
 (2) Nom de l'enfant
 (3) Classe
 (4) Signature des parents, tuteur ou personne responsable