

Ecole primaire du Schoenberg

**Fiche d’absence**

|  |
| --- |
| Données de l’élève |

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enseignant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sera absent le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

|  |
| --- |
| Cause |

**□** Médecin

**□** Dentiste

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature (-s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durant l’absence, l’enfant est sous la responsabilité de ses parents.

Dans la mesure du possible, cette fiche doit être remise à l’enseignant deux à trois jours avant l’absence.