



**Autorisation exceptionnelle de sortie
pour prise en charge thérapeutique sur le temps scolaire
2017-18**

Nom de l'élève : Prénom :
 Né(e) le :
 Adresse :
 Tél. :
 Représentants légaux :
 Père (ou tuteur) :
 Domicile :
 Mère (ou tutrice) :
 Domicile :

| Etablissement scolaire | Informations concernant la prise en charge |
|---|--|
| Adresse : | Nom : |
| Tél : | Adresse : |
| Directeur, Principal, Proviseur : | |
| Cours suivi : | Début / fin du suivi : |
| Enseignant ou professeur principal : | |
| Inspection de l'Education Nationale (1 ^{er} degré) : | |
| | |

Jour(s) et horaires de prise(s) en charge :

.....

Autorisation de sortie :

Je, soussigné(e)..... père, mère, tuteur, autorise
 Mon enfant..... à se rendre chez :
 M..... (Orthophoniste, Psychologue, Kinésithérapeute, autres...)
Rayer la mention inutile

Accompagnement :

Je viendrai le chercher à l'école ou il sera remis à :

.....

Dispositions particulières :

Signatures :

Date :

**Le père, la mère, le tuteur
et, le cas échéant, l'élève,**
Rayer la mention inutile

**Le Directeur d'école
ou le chef d'établissement,**

Personnel soignant,
 (Orthophoniste, Psychologue,
 Kinésithérapeute, autres) *Rayer la mention inutile*