ARA
ATHÉNÉE ROYAL
D'AUDERGHEM

N°

Ne rien indiquer

DOCUMENT JUSTIFICATIF D'ABSENCE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : …… CLASSE : ……

☐ Absence d'un jour : le …../…../……

☐ Absence de plus d'un jour : du …../…../….. au …../…../…..

MOTIF À COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

○ Maladie de l'enfant

○ Décès dans la famille

○ Convocation par une autorité publique

○ Rendez-vous médical

○ Autre motif à compléter :

……

……

……

……

Date : Signature :

Emplacement réservé au certificat médical (à partir du 3e jour certificat médical obligatoire)

Cadre réservé à la Direction de l'établissement Justification acceptée ☐ Justification refusée ☐ Motivation du refus : ……

……. Date et signature de la Direction :