



AUTORISATION DE SORTIE POUR SUIVI DE SOINS A L'EXTERIEUR DU COLLEGE

Je, soussigné(e) Mme/M responsable de l'élève de la classe de demande l'autorisation qu'il quitte l'établissement selon les modalités ci-après (inscrire les jours et heures :

..... DEA
..... DEA
..... DEA
..... DEA
..... DEA

Mon enfant se rendra seul(e) au cabinet du docteur ou du thérapeute Mme/M

..... situé à (inscrire l'adresse et les coordonnées téléphoniques)
.....

Cette autorisation est valable seulement pour un suivi de soins réguliers, sur temps scolaire, consentis par le collège dans le cadre d'un aménagement institutionnel (PPS/PAI). **Les cours impactés par le suivi de soins devront faire l'objet d'un rattrapage autonome par l'élève.**

Cette autorisation est valable du au

Cachet de l'Etablissement scolaire

Signature des parents

Cachet du cabinet médical

Signature du chef d'Etablissement

Signature du Praticien.