

DEMANDE D'AUTORISATION DE SORTIE 2026-2027 (pour motif médical ou rééducatif)



: 4 Rue Joseph Le Digabel 56450 THEIX-NOYALO



: eco56.stece.theix@enseignement-catholique.bzh



: 02 97 43 04 97



: <http://www.ecolesaintececile.bzh>

Mr ou Mme parent(s) (ou responsables(s)
Nom et prénom

légal(aux)) de l'enfant scolarisé à l'école
Nom et prénom

Sainte-Cécile dans le niveau de , dans la classe de
 sollicite une autorisation d'absence de l'école

pour les motifs suivants :

☐ Orthophonie

☐ CPEA

☐ Rééducation

☐ Soins

☐ Autre :

Lieu des soins :

Jour :

Horaire de départ : h min

Horaire de retour : h min

☐ Nous prendrons en charge notre enfant nous-même à la sortie de l'école.

☐ Notre enfant se rendra seul(e) et reviendra seul(e) de chez le professionnel.

☐ Notre enfant sera pris à la sortie de l'école, sous notre responsabilité par : (indiquer s'il y a lieu le nom de toutes les personnes susceptibles d'accompagner l'enfant).

☐ Notre enfant sera pris en charge par un taxi,

Nom de la compagnie :

Numéro de téléphone de la compagnie :

Nom, Prénom et Signature
de la personne qui fait la demande :