Ecole Communale de la ville d'Arlon

Section Fouches 7, rue du Moulin
6700 Arlon
Tél. 063/ 237 184

JUSTIFICATIF D'ABSENCE N° .....

Je soussigné(e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Parent ☐ responsable légal(e) ☐ de :

Nom : _____

Prénom : _____

maternelle ☐ primaire ☐ Classe : _____

Vous informe de l'absence de mon enfant :

du ..... au ...../...../ 20.....

MOTIF A RENTRER A L'ECOLE DANS LES DELAIS LEGAUX :

☐ **Maladie de l'enfant uniquement avec certificat médical joint.**

☐ **Décès dans la famille**

☐ **Convocation par une autorité publique (Joindre l'attestation à ce document)**

☐ **Autre raison (décrire le motif dans le cadre ci-dessus)**

Date : ...../...../20.....

Signature :

Emplacement réservé au certificat médical ou à l'explication du motif de l'absence.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

!!! seront considérées comme non-justifiées les absences :
➤ Pour convenance personnelle.
➤ Dues à l'anticipation ou à la prolongation des congés officiels.

Conformément aux circulaires le lui imposant, la Direction se doit d'avertir le Service de L'Obligation scolaire des absences non justifiées.

!!! en cas d'absence, merci de prévenir l'école avant 9 heures 30 au 063/ 23 71 84.

CADRE RÉSERVÉ À LA DIRECTION

ACCEPTÉ : OUI ☐ NON ☐

NOTATION : e ☐ - m ☐ - d ☐ - c ☐ - m'- ☐ - .....

.....