

## ANNEXE F

FORMULAIRE À ÊTRE REMPLI PAR UNE OU UN MÉDECIN  
POUR JUSTIFIER L'ABSENCE PRÉVUE À LA CLAUSE 5-14.02 G) 2)

\_\_\_\_\_ a été sous mes soins pour :  
(nom de l'enfant, de la conjointe ou du conjoint)

*cocher une des cases à droite s'il vous plaît*

- maladie grave
- accident
- consultation d'une ou d'un spécialiste
- autre

La présence de \_\_\_\_\_  
(nom de l'enseignante ou de l'enseignant)

était requise :  oui \_\_\_\_\_  
 non (date et heure)

\_\_\_\_\_  
Nom de la ou du médecin (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature