

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