



FORMULAIRE JUSTIFICATIF D'ABSENCE

Seul ce document dûment rempli pourra prétendre à un remboursement de repas ou de garderie, à envoyer uniquement par mail à l'adresse : accueil.periscolaire@chatuzangelegoubet.fr

Sous 5 jours à compter de l'absence de l'enfant

CANTINE

PERISCOLAIRE

Groupe scolaire Marc Antoine et Rosalie Jullien

Maternelle Simone Veil

Élémentaire les Monts du Matin

Enfant 1

Nom, Prénom :

Classe :

Enfant 2

Nom, Prénom :

Classe :

Enfant 3

Nom, Prénom :

Classe :

Enfant 4

Nom, Prénom :

Classe :

Enfant malade du au inclus soit.....jours d'absence

Absence de l'enseignant non remplacé, si de l'enfant n'est pas accueilli dans une autre classe
du au..... inclus soit.....jours d'absence

Décès d'un proche du au inclus soit.....jours d'absence

Rendez-vous médical du au inclus soit.....jours d'absence

Fait à : **Le :**

Signature