



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