

Merci d’utiliser le document ci-dessous pour annoncer tous les rendez-vous médicaux :

Nom et prénom de l’élève : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



* + **Rendez-vous médical**

| Dates | Heure: je viendrai chercher mon enfant à... | Heure: Mon enfant sera de retour en classe à... |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | \_\_ h \_\_ | \_\_ h \_\_ | * médecin
* dentiste/orthodontie
* autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | \_\_ h \_\_ | \_\_ h \_\_ | * médecin
* dentiste/orthodontie
* autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | \_\_ h \_\_ | \_\_ h \_\_ | * médecin
* dentiste/orthodontie
* autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | \_\_ h \_\_ | \_\_ h \_\_ | * médecin
* dentiste/orthodontie
* autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | \_\_ h \_\_ | \_\_ h \_\_ | * médecin
* dentiste/orthodontie
* autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature des parents : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_