

a
b
s
e
n
c
e

Nom : _____

Prénom : _____

Classe : ____^e

Motif de l'absence : _____

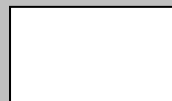
Date de l'absence : _____

Certificat médical : ☐ oui ☐ non

Date : _____

Signature des parents : _____

à remplir par l'enseignante



a
b
s
e
n
c
e

Nom : _____

Prénom : _____

Classe : ____^e

Motif de l'absence : _____

Date de l'absence : _____

Certificat médical : ☐ oui ☐ non

Date : _____

Signature des parents : _____

à remplir par l'enseignante

