

**Année scolaire 2023-2024**

**Autorisation exceptionnelle de sortie**

**pour soins réguliers ou rééducation durant le temps scolaire**

**(Document devant figurer dans le registre d’appel de la classe pour justifier de l’absence)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements administratifs de l’établissement scolaire :** | | | | | | | | |
| Nom et adresse de l’établissement scolaire : | | | | | | | | |
| Nom du Directeur (trice): | | | | | | | | |
| Nom de l’enseignant de la classe : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Renseignements administratifs des représentants légaux de l’élève** | | | | | | | | |
| Nom(s) prénoms(s) des représentants légaux : | | | | | Adresse : | | | |
| Téléphone : | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Renseignements concernant l’élève :** | | | | | | | | |
| Nom et prénom de l’élève : | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | Classe: | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Renseignements de la structure d’aides ou de soins, des praticiens et des modalités de prise en charge:** | | | | | | | | |
| Nom et qualité du praticien: | | | | | | | | Téléphone : |
| Nom et adresse  de la structure d’aides ou de soins: | | | | | | | | |
| Nombre total de séances de soin ou de rééducation prescrites : | | | | | | | | |
| Raisons qui motivent la prise en charge sur le temps scolaire : | | | | | | **Date, signature et cachet obligatoire du praticien** | | |
| Jour(s) des prises en charge : | |  | |  | |
| Heure de début des soins : | |  | |  | |
| Heure de fin des soins : | |  | |  | |
|  | | | | | | | | |
| **Personne(s) responsable(s) de l’accompagnement désigné (s) par les représentants légaux de l’élève** | | | | | | | | |
| Aller | Nom : | | | | | | Téléphone : | |
| Retour | Nom : | | | | | | Téléphone : | |
|  | | | | | | | | |
| **Modalités de départ et de retour à l’école:** | | | | | | | | |
| Jour(s) et heure(s) de départ de l’école | | |  | | | | | |
| Jour(s) et heure(s) de retour à l’école | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Demande d’autorisation exceptionnelle de sortie** *(prévoir l’autorisation des deux parents)***:** | | | | | | | | |
| Je soussigné……………………………………………, responsable légal de l’enfant……………………………………….. demande au directeur ou à la directrice de bien vouloir autoriser mon enfant à quitter régulièrement l’école pour recevoir en d’autres lieux une aide ou des soins spécialisés, dont les modalités de prise en charge sont désignées ci-dessus.  J’ai bien pris note que dès qu’il aura quitté l’enceinte des locaux scolaires, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité juridique de l’école et des enseignants, mais sous ma responsabilité ou la responsabilité du ou des accompagnateurs désignés ci-dessus.  Dans tous les cas, l’élève est remis par l’enseignant à l’accompagnateur, et au retour, ce dernier le raccompagne dans sa classe ou à son domicile en fonction de l’heure. **Si la fin de la prise en charge permet un retour à l’école, celui-ci est obligatoire.**  Je m’engage à informer l’école de tout changement dans les modalités de prise en charge (date, heure, durée, accompagnateurs)  **Date et signatures des responsables légaux :** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Validation de la demande par le directeur ou la directrice d’école** | | | | | | | | |
| Demande d’autorisation exceptionnelle de sortie durant le temps scolaire validée du ……………….au………………………..  **Date et signature du directeur ou de la directrice d’école:** | | | | | | | | |

En référence à la Circulaire n°97-178 du 18-09-1997, les sorties individuelles d’élèves pendant le temps scolaire, pour recevoir en d’autres lieux des soins médicaux spécialisés ne peuvent être autorisées par le directeur d’école que sous réserve de la présence d’un accompagnateur, parent ou personne présentée par la famille, selon des dispositions préalablement établies. Dans tous les cas, l’élève est remis par l’enseignant à l’accompagnateur et au retour, ce dernier le raccompagne dans sa classe