



FORMULAIRE D'ABSENCE

Nom _____

Prénom _____

Date de Naissance _____

Absent (e) le _____ du _____ au _____

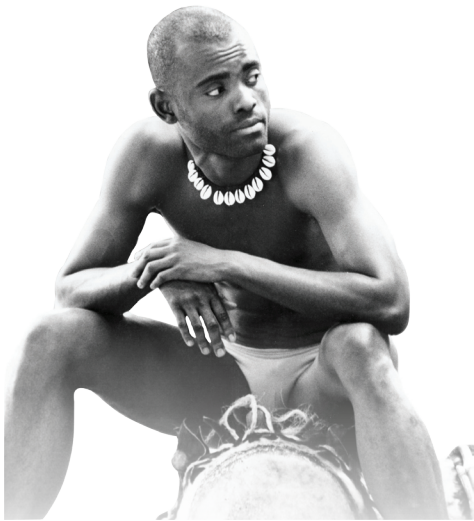
Nombre de cours manqués _____

Professeurs _____

Note du médecin _____

Aviez-vous avisé la direction? oui non

Spécifier les raisons de votre absence _____



75, Rue Clerveaux

Pétion-Ville, Haïti

Tél: 2257-0112 /

Tél/Fax: 2512-1555

info@jeanrenedelsoin.com

www.jeanrenedelsoin.com

Approuvé par _____

Signature des parents _____

Le formulaire doit être signé par la personne responsable si non il ne sera pas accepté