

A remplir par l'élève ou l'étudiant-e
et à transmettre à la maîtresse ou au maître de classe le jour de la reprise des cours

Nom et Prénom : _____ Classe : _____

Absent-e du (jour-date) : _____ à : _____ h _____

au (jour-date) : _____ à : _____ h _____

Correspondant à : _____ périodes d'atelier Maître-ss-e de stage : _____

_____ périodes de théorie

Motif : _____

Un certificat médical sera annexé lors d'absences supérieures à 3 jours - samedi, dimanche et jours fériés compris.

Lieu : _____ Date : _____

Signature de la ou du représentant-e légal-e : _____

A remplir par la ou le responsable de l'entreprise

Timbre et signature de l'entreprise : _____

A remplir par l'école

Justification de l'absence : ☐ validée ☐ non-validée

☐ Reçu certificat médical - Les certificats médicaux doivent être transmis au secrétariat pour archivage dans le dossier de l'élève.

Le maître principal dual
La maîtresse ou le maître de classe EM

Date : _____ Visa : _____