

Ecole Maternelle de CHAVIGNY  
Chemin de châtel  
54230 CHAVIGNY  
☎: 03/83/47/53/33

## DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

Je soussigné(e), M -----

Adresse : -----

informe Mme la Directrice de l'école maternelle de CHAVIGNY que mon enfant:

NOM, Prénom de l'enfant : -----

Classe : -----

sera absent(e)

⇒ **EXCEPTIONNELLEMENT** le ----- de ----- à -----

⇒ **REGULIEREMENT** le(s) ----- et -----

**pour la raison suivante :** -----

-----  
-----

Je dégage Mme la Directrice de l'école maternelle de CHAVIGNY, ainsi que ses adjointes, de toute responsabilité sur la personne de mon enfant pendant les absences ainsi autorisées.

CHAVIGNY, le : -----

Signature