

Contrôle de la fréquentation scolaire

Mois de

199

◆◆◆◆◆

NOM et prénom de l'élève :

G F

Date de naissance :

Nombre de demi-journées de présence prévues dans le mois, d'après l'emploi du temps de la classe :

Nombre de demi-journées d'absence NON MOTIVÉES :

Observations éventuelles :

NOM et prénom de la personne responsable de l'enfant :

Adresse :

Nombre d'enfants à charge :

Cette personne touche-t-elle des allocations familiales ?

OUI → Nom et adresse de l'organisme qui assure le versement :

CAF MSA Autre dans ce cas, préciser le nom et l'adresse de l'organisme

NON

Observations éventuelles :

Signaler ici si le service social est alerté, ou le médecin de santé scolaire ; s'il y a un suivi par un éducateur, etc...

A _____, le
Signature du Directeur d'école,

Destinataires :

I.A. s/c IEN

Archives école