

DEMANDE D'ENSEIGNEMENT À DOMICILE (RAISON MÉDICALE)

Par la présente, je confirme que _____, élève de _____ année
devra subir une absence prolongée (plus de 3 semaines) pour des raisons médicales ou autre
raison inévitable. Il ou elle bénéficierait d'un enseignement à domicile à raison de
_____ heures par semaine. Cet enseignement débutera _____,
et se terminera _____.

Date

Signature de la direction

Date

Signature du parent

Date

Signature de la surintendance

approuvée

refusée

Une copie de ce document et le billet du médecin seront placés dans le Dossier scolaire de l'Ontario de l'élève, et une copie sera envoyée à la surintendance.