

# **Demande de rattrapage d'une épreuve manquée à la suite d'une absence imprévisible**

(Un certificat médical fait office de justificatif en lieu et place de ce formulaire)

## **Elève**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

demande le droit de rattraper les tests manqués durant son absence ci-dessous.



*Ce formulaire dûment complété et signé doit être présenté à tous les enseignants concernés puis remis au secrétariat.*

## **Date(s) de l'absence**

*Indiquer ici le jour, la date et l'heure de la première période manquée*

*Indiquer ici le jour, la date et l'heure de la dernière période manquée*

<b>Début</b>	Jour (cocher) :
	<input type="checkbox"/> lun. <input type="checkbox"/> mar. <input type="checkbox"/> mer. <input type="checkbox"/> jeu. <input type="checkbox"/> ven.
	Date, heure : .....

<b>Fin</b>	Jour (cocher) :
	<input type="checkbox"/> lun. <input type="checkbox"/> mar. <input type="checkbox"/> mer. <input type="checkbox"/> jeu. <input type="checkbox"/> ven.
	Date, heure: .....

## **Motif détaillé**

.....

.....

.....

Date : ..... Signature de l'élève : .....

## **Validations**

Certifié conforme par l'employeur :

Certifié conforme par le représentant légal :

.....  
*Signature du représentant légal  
(obligatoire pour les élèves mineurs)*

.....  
*Timbre de l'entreprise et signature  
du responsable de formation (obligatoires)*