**STAGES DE REUSSITE –automne 2025**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorisation de prise en charge

Monsieur / Madame , titulaire(s) de l'autorité parentale sur l’enfant ,

né(e) le , et fréquentant l’école de ,

en classe de ,

N° de téléphone :

Autorise(nt) leur enfant à suivre le stage de réussite et de soutien qui se tiendra

** Du** **lundi 20 au vendredi 24 octobre 2025**

**ou**

** du lundi 27 au vendredi 31 octobre 2025**

à l'école

et sous la direction d'un professeur des écoles agréé(e) par l’inspecteur, l’inspectrice de circonscription.

Le

Le ou les titulaires de l'autorité parentale :

A retourner au directeur avant le **6 octobre** **2025**