Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’école  
Adresse civique  
Ville (Québec) Code Postal

**Objet : Absence de Prénom Nom**

À qui de droit,

Par la présente, nous vous informons que la personne mentionnée ci-haut doit s’absenter de l’école pour raison médicale pour une durée indéterminée. Cette absence est demandée par la Direction de santé publique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nous vous remercions de votre collaboration,

Signature