**EN-TETE de l’ETABLISSEMENT**

**Attestation de non-accueil d’enfants scolarisés dans l’établissement**

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

Chef d'établissement de (nom de l’établissement) :

COMMUNE d’implantation de l’établissement :

RNE de l’établissement :

Certifie qu’en raison des contraintes sanitaires imposées par le gouvernement, l’organisation arrêtée par l’établissement pour reprendre l’accueil des élèves ne permet pas d’accueillir l’élève :

NOM Prénom :

Date de naissance :

Scolarisé habituellement dans notre établissement pour la raison suivante :

L’accueil n’est pas repris pour les élèves de la classe concernée

L’accueil est organisé à temps partiel et possible :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MATIN | APRES-MIDI |
| LUNDI |  |  |
| MARDI |  |  |
| JEUDI |  |  |
| VENDREDI |  |  |

Autre raison

Cette organisation est en vigueur jusqu’au : (date)

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

 Date et signature du chef d'établissement :