

Demande de dispense de cours

Nom, prénom : _____

Profession - classe : _____ Titulaire : _____

Branche(s) dispensée(s) : _____

Durée de la dispense : du _____ au _____

Motif :

Dispense médicale (joindre certificat médical) _____

Suivi de la maturité _____

Autre(s) : (joindre les pièces justificatives) _____

Les soussignés ont pris note que l'école ne fournit pas d'étude surveillée durant les heures de cours dont l'apprenti-e est dispensé-e. L'apprenti-e n'est donc plus sous la responsabilité de l'école durant les périodes concernées mais peut librement décider de profiter des locaux permettant de travailler, dans le respect du règlement de l'école.

Date : _____

Signature de la personne
en formation : _____

Signature du représentant légal
(pour les mineurs) : _____

Sceau et signature du
formateur en entreprise : _____

Autorisation : accordée refusée

Motif du refus ou condition particulière : _____

Visa du maître : _____

Signature du chef de section
(pour dispense longue durée > 3 mois) : _____

Date : _____

