

Demande de dispense SPS

Nom _____ Prénom _____

Profession & classe _____ Titulaire _____

Branche dispensée Sport – Prévention – Santé

Durée de la dispense du _____ au _____

MOTIF

☐ **Dispense médicale** (joindre certificat médical)

☐ **Dispense culture générale avec retour en entreprise la ½ journée** (validée par le chef de section ☐)

Les soussignées 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 _____

Date _____

Signature du chef de section _____

Visa du maître SPS _____

