



**MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS,
EN CHARGE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE,
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE**

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE
CIRCONSCRIPTION PEDAGOGIQUE N° 1

Commission de Circonscription Pré élémentaire et Élémentaire

Tél : 57 06 77 – Fax : 57 36 93
BP 7022 – 98 719 TARAVO TAHITI
Email : sec.ccpe-tavaearii@dep.pf

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr, Mme _____

Père, mère, tuteur de l'enfant _____

Né(e) le _____ à _____

Scolarisé(e) à l'école _____ en classe de _____

- accepte que les membres de la CCPE examinent le dossier de mon enfant, afin de déterminer pour l'intérêt de celui-ci, les mesures les mieux adaptées au bon déroulement de sa scolarité.
- autorise le médecin scolaire présentant le dossier de mon enfant en CCPE à consulter, si besoin son dossier médical.

J'ai pris connaissance qu'un bilan sera effectué :

- par le médecin scolaire et l'assistance sociale
- par le ou la psychologue scolaire et l'enseignant(e) de la classe, à l'école.

Fait à ----- le -----

Signature