

**Procédure à suivre :**

- Problème médical : pas de demande d'absence à compléter. L'élève fournit un certificat médical dans un délai de 48 heures ouvrées à la scolarité ET informe les enseignants concernés par l'absence.

- Autres cas :

1. Compléter ce formulaire et le transmettre à la scolarité (genie-industriel.scolarite@grenoble-inp.fr) au minimum une semaine avant la date d'absence prévue. Pour les forums, le déposer auprès de Mme de Mathan, bureau F013.

2. Contacter **impérativement** les enseignants concernés par l'absence pour valider avec eux les modalités de remplacement ou de rattrapage des activités pédagogiques. En cas de difficulté, contacter le gestionnaire concerné.

**Attention :** La responsabilité de l' cole n'est pas engagée lors d'une absence, sauf lorsque celle-ci fait l'objet d'un ordre de mission.

**A compléter par le (les)  l ve(s)** \_\_\_\_\_

Nom du ou des élèves : POYET Camille

☐ 1A etu ☒ 2A etu ICL ☐ 2A etu IDP ☐ 3A etu ICL ☐ 3A etu IDP

☐ 1A IPID ☐ 2A IPID ☐ 3IPID

☐ Master GI Francophone ☐ Master SIE

Dates d'absence (précisez matin ou après-midi) :

8h30-9h30 et 13h30-15h30 le 29/01/2020

Motif : Série de RDV dentaires et réalisation d'une intervention  
spécifique la journée du 29/01 dans ma ville d'origine

Date de la demande : 29/01/2020

**A compléter par l'administration de l' cole** \_\_\_\_\_

Demande reçue le : \_\_\_\_\_ Tampon ou signature :

☐ Demande d'absence justifiée, sous réserve de validation des modalités de remplacement des activités pédagogiques par les enseignants concernés

☐ Motif d'absence non validé

Signature Gestionnaire de scolarité :

Signature Directeur ou Directeur des études :





**Docteur Virginie LAMARQUE**

**Docteur Anne BEGNI**

Spécialistes qualifiés en orthopédie dento faciale  
Orthodontie de l'enfant de l'adulte  
Orthodontie linguale

Le 29/01/2020

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir excuser l'élève **POYET Camille** absent le **29/01/2020 à 10:45** pour cause de rendez-vous à mon cabinet.

Une visite régulière du patient est indispensable pour la bonne marche de son traitement, et nous faisons le maximum afin que celui ci manque le moins de cours possible.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

**Dr V. LAMARQUE - Dr A. BEGNI**





**Docteur Virginie LAMARQUE**

**Docteur Anne BEGNI**

Spécialistes qualifiés en orthopédie dento faciale  
Orthodontie de l'enfant de l'adulte  
Orthodontie linguale

Le 29/01/2020

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir excuser l'élève **POYET Camille** absent  
le **29/01/2020 à 13:30** pour cause de rendez-vous à mon cabinet.

Une visite régulière du patient est indispensable pour la bonne marche  
de son traitement, et nous faisons le maximum afin que celui ci manque  
le moins de cours possible.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations  
distinguées.

**Dr V. LAMARQUE - Dr A. BEGNI**

---

Espace Santé Belle Etoile 43 rue Henri Fabre 38920 Crolles

Tel : 04 76 92 17 64

[Begni-Lolies@wanadoo.fr](mailto:Begni-Lolies@wanadoo.fr)

[www.orthocrolles.fr](http://www.orthocrolles.fr)

Membres d'une association de gestion agréée,  
le règlement par chèques est accepté

N° AM Dr Anne Begni 38 4 713442 00 1 20 1 36

N° AM Dr Lamarque 38 4 713459 00 1 20 1 36