

DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE OU DE CONGÉ

DEMANDEUR

Nom :	Ecole :
Prénom :	Commune :
Durée de l'absence :	Circonscription :
Du : Au :inclus	Fonction (directeur, adjoint, TR...) :
<p>Motif de l'absence : (joindre pièce justificative)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie (certificat médical) : arrêt initial / prolongation</p> <p><input type="checkbox"/> Maternité (ou paternité)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant malade (certificat du médecin)</p> <p><input type="checkbox"/> Raison syndicale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre motif (à préciser) :</p>	
Signature :	

CADRE RESERVÉ À L'IEN

Avis et observations éventuelles :	
Date :	Signature de l'IEN :

DÉCISION DE LA DIRECTRICE ACADEMIQUE DES SERVICES DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Accordée <input type="checkbox"/>	Avec traitement <input type="checkbox"/>	Sans traitement <input type="checkbox"/>
Refusée <input type="checkbox"/>		
Date :	Signature de la Directrice académique des services de l'Éducation nationale :	