**Annexe 4 – année scolaire 2018-2019 (annule et remplace le précédent document)**

|  |  |
| --- | --- |
| logo dsden 28 - quadri - rvbDPE/service remplacement rem28@ac-orleans-tours.fr | **FORMULAIRE CONGE MALADIE** |

Formulaire à :

* compléter pour les absences au titre d’un congé maladie,
* envoyer dans les 48 heures, **accompagné de l’arrêt de travail délivré par le médecin** (merci de vous assurer que **le justificatif joint soit parfaitement lisible**), selon les modalités suivantes :

**- soit par mail à** **rem28@ac-orleans-tours.fr**

**- soit par courrier à la DSDEN 28 - service remplacement 1er degré  - 15 place de la République – 28019 CHARTRES cedex**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM | Prénom |

|  |  |
| --- | --- |
| **Circonscription** | **Emploi** ❒Directeur ❒Adjoint ❒TR ZIL/BD ❒Membre réseau ❒Autre |

**En cas de temps partiel ou de décharge cocher les jours travaillés en classe** :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Matin | Lundi ❒ | Mardi ❒ | Mercredi ❒ | Jeudi ❒ | Vendredi ❒ | **Horaire d’accueil des élèves : matin : après midi :** |
| Après-midi | Lundi ❒ | Mardi ❒ |  | Jeudi ❒ | Vendredi ❒ | **Nombre de classe(s) dans l’école :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ecole(s) : Nom(s) et ville(s)** | **Absence : date(s) et Jour(s) : journée ou *½ journée (matin ou après midi)***  | **Niveau(x) de classe** | **Motif de l’absence**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Avez-vous informé le directeur de votre absence : ❒oui ❒non**

**A, le**

Signature de l’Enseignant