**Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale de la Loire**

Division du personnel AESH

11 rue des Docteurs Charcot - 42023 Saint Etienne Cedex

ce.ia42-admin.avs7@ac-lyon.fr

**DEMANDE D’AUTORISATION D’absence AESH sous reserve de l’Autorisation de VOTRE employeur**

***à renvoyer à votre employeur une semaine avant le congé avec un justificatif obligatoire***

**D.S.D.E.N Loire**

Division AESH

11 rue Dr Charcot

42023 St Etienne cédex

**Courriel :**

**ce.ia42-admin.avs7@ac-lyon**.fr

**NOM : ……………………………………….. Prénom : …………………………………………...**

**Adresse……………………………………………………………………….....................................**

**Sollicite une autorisation d’absence du ………………………………au……………....(inclus)**

**Pour les demi-journées, préciser matin ou après-midi…………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Elèves** | **Ecoles ou établissements** |
|  |  |

**Motif du congé**

□ Congés enfant malade (joindre un certificat médical avec le nom et le prénom de l’enfant

□ Examens prénataux (joindre un certificat médical indiquant la date présumée de l’accouchement et les justificatifs d’examen)

□ Autres à préciser (joindre les pièces justificatives) ……………………………………….

Si une demande d’autorisation d’absences facultatives vous est accordée alors une retenue sur salaire sera effectuée sauf mesure exceptionnelle en cas de récupération des heures.

Date et heures de la récupération……………………………………………………………………….

Date de la demande………………………………………….

Avis et visa de l’autorité fonctionnelle de l’établissement d’exercice………………………

Signature de l’agent………………….

Cachet et signature de l'employeur :**D.S.D.E.N Loire -** Division AESH

La demande est : 🞎 accordée 🞎 à plein traitement 🞎 sans traitement

🞎 avec récupération

🞎 refusée

**Fait à ……………………………. Le ……………………………………………...**

**Signature de l’Inspecteur de l’Education Nationale ………………………………………**