

**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
 9 et 11 rue Dr Charcot
 42 023
 St Etienne Cedex

 Courriel
 Ce.ia42-admin.avs
 @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 d'exercice

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)
- Jours de fractionnement (année scolaire 2021/2022).....Solde.....
- Autres à préciser (joindre les pièces justificatives)

Date de la demande.....

Signature de l'agent.....

Avis et visa de l'autorité fonctionnelle de l'établissement d'exercice
 Favorable
 Défavorable

Conditions d'accueil des élèves pendant cette absence.....

Signature de l'autorité fonctionnelle.....

Cachet et signature de l'employeur : le DASEN de la Loire

La demande est : accordée à plein traitement
 refusée sans traitement

Fait à **Le**

Signature de l'IA DASEN :