

ANNEXE 5

**Attestation pour soins à enfant malade (SAEM)
Année civile 2024**

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)

A faire compléter par l'employeur de votre conjoint(e).

Si ce document n'est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé.

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom de l'employeur]

certifie que [civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

employé(e) depuis le/...../..... à [nom et adresse de l'entreprise] :

.....

.....

et conjoint(e) de [civilité, nom et prénom du (de l') enseignant(e)]

bénéficie

d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).

ne bénéficie pas

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absences rémunérées pour la période
du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

[Civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

Renonce au bénéfice des demi-journées d'absence au profit de son (sa) conjoint(e).

Conserve le bénéfice de ses demi-journées d'absences.

Fait à, le/...../.....

Cachet et signature de l'employeur :