

## ANNEXE 4

### Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) Année civile 2024

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)

#### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE

Nom : .....	Prénom : .....
Grade : .....	Département d'exercice : .....

Affectation et Ville : .....

Circonscription : .....

**Emploi** [cocher la case correspondante] :

- Temps complet (100%)
- Temps partiel (.....%)
  - Nombre de demi-journées travaillées par semaine : .....
  - Répartition [rayez les mentions inutiles] :

Lundi matin / après-midi  
Jeudi matin / après-midi

Mardi matin / après-midi  
Vendredi matin / après-midi

Mercredi matin / après-midi

**Situation familiale :**

Célibataire.... Marié(e).... PACS.... Concubinage....  Séparé(e)....  Divorcé(e).... Veuf(ve)

#### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)

Nom : ..... Prénom : .....

Fonctionnaire

Employeur : .....

Non-fonctionnaire

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Demandeur d'emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) : .....

**N.B. :** Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4) délivrée par l'employeur attestant l'attribution ou non-attribution d'un contingent de demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades. Un parent peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre parent.

### 3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'/LES ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Nom de l'enfant	Prénoms de l'enfant	Date de naissance de l'enfant
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**N.B.** : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants en situation de handicap.

**Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.**

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature de l'agent :