



QUESTIONNAIRE
AUTORISATIONS D'ABSENCE POUR SOINS À ENFANTS MALADES

DEPARTEMENT D'AFFECTATION :

A retourner à la DSDEN de l'Oise - D.G.P. 22 avenue Victor Hugo, 60025 BEAUVAIS CEDEX (avant le 15 décembre 2013)

2 0 1 4

I - FONCTIONNAIRE

NOM : PRÉNOM :
GRADE :

AFFECTATION et VILLE :

CIRCONSCRIPTION :
EMPLOI (1) :

A) TEMPS COMPLET - 100%

Nombre de demi-journées travaillées par semaine (2) :
Répartition (1) : lundi - mardi - mercredi - jeudi - vendredi - samedi

B) TEMPS PARTIEL -%

Nombre de demi-journées travaillées par semaine (2) :
Répartition (1) : lundi matin / après-midi - mardi matin / après-midi - mercredi matin
jeudi matin / après-midi - vendredi matin / après-midi - samedi matin

SITUATION FAMILIALE (1) :

célibataire	concubin(e)	marié(e)	Pacsé(e)	veuf(ve)	divorcé(e)	séparé(e)
-------------	-------------	----------	----------	----------	------------	-----------

II - CONJOINT(E)

NOM : PRÉNOM :

. Fonctionnaire : administration :

. Non fonctionnaire : nom de l'entreprise :

. Demandeur d'emploi : joindre un justificatif.

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfants malades :

N.B. : Joindre obligatoirement un certificat (annexe 1) délivré par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de X demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades.

Un conjoint peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre (utiliser l'annexe 2 et la faire valider par l'employeur).

III - ENFANTS

Nombre d'enfants à charge :
Noms, Prénoms et dates de naissance :
.....
.....
.....
.....

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 handicapés.

Signaler rapidement tout changement de situation.

Date :
Signature :

(1) rayer les mentions inutiles
(2) préciser le nombre de demi-journées effectivement travaillées

ANNEXE I

ATTESTATION

Je soussigné(e) certifie que :

M - Mme (1) :

Employé(e) à (nom et adresse de l'employeur) :

.....

Conjoint(e) de :

bénéficie - ne bénéficie pas (1)

d'autorisation d'absence pour soins à enfants malades.

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absence rémunérées pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2014

Fait à le

(cachet de l'employeur) (signature de l'employeur)

(1) rayer la mention inutile

ANNEXE II

ATTESTATION

Je soussigné(e)

NOM : PRÉNOM :

certifie sur l'honneur renoncer au bénéfice des autorisations d'absence pour soins à enfants malades qui me seront accordées au titre de l'année civile 2014 au profit de mon conjoint ou de mon concubin.

NOM : PRÉNOM :

GRADE :

AFFECTATION - VILLE :

Fait à le
(signature)

Vu et pris note
(cachet et signature de l'employeur)

(1) rayer la mention inutile