



DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE / RÉGULARISATION

Réf. : circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017 publiée au BOEN n° 11 du 16 mars 2017

Nom :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	Fonction :	
Dates et horaires d'absence			
du ___ / ___ / _____	___ h ___	au ___ / ___ / _____	___ h ___
Propositions de remplacement si nécessaire		Date et signature du demandeur	
_____		Avignon, le ___ / ___ / _____	

Autorisations d'absences de droit	
<input type="checkbox"/> Participation à une heure mensuelle d'information syndicale	<input type="checkbox"/> Participation à un jury d'examen
<input type="checkbox"/> Examens médicaux obligatoires dans le cadre de la grossesse et surveillance médicale annuelle de prévention en faveur des agents	
<input type="checkbox"/> Absence au titre d'un mandat syndical	<input type="checkbox"/> Travaux d'une assemblée publique élective
<input type="checkbox"/> Participation à un jury de la cour d'assises <input type="checkbox"/> Candidats à une fonction publique élective	

Autorisations d'absences facultatives		
<input type="checkbox"/> Rendez-vous médical	<input type="checkbox"/> Mariage/PACS - <i>non applicable aux enseignants</i>	<input type="checkbox"/> Concours ou examens professionnels
<input type="checkbox"/> Rentrée scolaire : facilités horaires	<input type="checkbox"/> Enfant malade et garde d'enfant	<input type="checkbox"/> Participation aux instances scolaires
<input type="checkbox"/> Décès ou maladie très grave du conjoint, partenaire de PACS, père, mère ou enfant		
<input type="checkbox"/> Travaux d'un organisme public non syndical	<input type="checkbox"/> Sapeurs-pompiers volontaires	<input type="checkbox"/> Naissance ou adoption
<input type="checkbox"/> Fêtes religieuses <input type="checkbox"/> Grossesse / préparation à l'accouchement <input type="checkbox"/> Autre motif (à préciser ci-dessous)		

Précision du motif de l'absence	

Avis de l'adjoint ou du supérieur hiérarchique direct	Date et signature de l'adjoint
<input type="checkbox"/> FAVORABLE, le ___ / ___ / _____
<input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE - Motivation : _____	

Décision du chef d'établissement	Date et signature du Proviseur
<input type="checkbox"/> ACCORD, le ___ / ___ / _____
<input type="checkbox"/> ACCORD AVEC RECUPERATION DES HEURES	
<input type="checkbox"/> ACCORD SANS TRAITEMENT	
<input type="checkbox"/> REFUS - Motivation : _____	

