

Date limite de réception :

10 jours avant la date de l’absence

A envoyer

à votre gestionnaire

et votre établissement d'affectation pour avis

**DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE DES PERSONNELS AESH**

**Etablissement : ………………………………………………………**

Accompagnement des   
élèves en situation  
de handicap

**MOIS/ANNÉE : ……………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom de l’agent | DEMANDE D’AUTORISATION D’ABSENCE | DATES ET HEURES DE RÉCUPÉRATION | AVIS DU CHEF D’ÉTABLISSEMENT  (EPLE ou ÉCOLE | Réservé à l’administration |
|  | Du :  Au :  De h à h  MOTIF :  Justificatif (convocation, certificat) \* | Du :  Au :  De h à h |  Favorable   Défavorable  MOTIF :  Signature et cachet : |  Favorable   Défavorable  MOTIF :  Signature et cachet : |

\* Joindre obligatoirement un justificatif

A , le Réservé à l’administration :

 AESH Rectorat

Signature :  AESH Déodat