

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT**

Date limite de réception :  
**10 jours avant le début de la date de congé sollicité**  
A retourner impérativement à :  
**dpae4.aed-public1@ac-toulouse.fr**  
Fax : 05 61 17 71 41

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DES PERSONNELS AESH COLLECTIFS**

Accompagnement des élèves  
en situation de handicap

**MOIS :**

NOM PRENOM DU SALARIE	DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE	DATE ET HEURES DE RECUPERATION	AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT (EPLÉ ou ECOLE)	AVIS DE L'ETABLISSEMENT DE L'EMPLOYEUR
	du au de h à h <u>MOTIF :</u> Justificatif (convocation, certificat...)*	du au de h à h	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable  MOTIF :  Signature et Cachet :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable  MOTIF :  Signature et Cachet :

A , le

Réservé à l'administration :

AESH Rectorat

AESH Déodat

CUI AVS

\* joindre obligatoirement un justificatif