

FORMULAIRE UNIQUE DE DEMANDE DE CONGE OU D'AUTORISATION D'ABSENCE

Demande présentée par
<input type="checkbox"/> Titulaire <input checked="" type="checkbox"/> Stagiaire Nom : Prénom Date de naissance : Courriel :@ Adresse personnelle :

Circonscription : Ecole : Commune : Téléphone : Classe : Effectif :

Nature et Durée	
<p>Congé (joindre l'arrêt de travail ou le certificat médical)</p> <input type="checkbox"/> Ecrit Congé maladie ordinaire <input type="checkbox"/> Grosse pathologique <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Couches pathologiques <input type="checkbox"/> Congé de paternité (11j) <input type="checkbox"/> Garde enfant malade (12j/ foyer /an) <input type="checkbox"/> Accident de service <input type="checkbox"/> Autre : (préciser) <p><input type="checkbox"/> Dans le département <input type="checkbox"/> Hors département</p> <p>Du au</p> <p>Nb : La pièce justificative doit parvenir dans les 48h</p>	<p><input type="checkbox"/> Autorisation d'absence (joindre courrier et justificatif)</p> <p><input type="checkbox"/> Autorisation d'absence de droit</p> <input type="checkbox"/> Autorisation d'absence à titre syndical <input type="checkbox"/> Congé pour formation syndicale <input type="checkbox"/> Participation à un jury de la cour d'assise <input type="checkbox"/> Examens médicaux obligatoires (grossesse-spécialistes) <input type="checkbox"/> Travaux d'une assemblée publique électorale <input type="checkbox"/> Candidate à une fonction électorale <p><input type="checkbox"/> Autorisation d'absence facultative</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : (préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le département <input type="checkbox"/> Hors département <input type="checkbox"/> Hors territoire national</p> <p>Du au</p> <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> 2 journées <input type="checkbox"/> 3 journées <input type="checkbox"/> + de 3 journées <p>Nb : La demande doit parvenir avant la date d'absence</p>

Date et signature du Professeur des écoles stagiaire	Accord du responsable pédagogique
Date : Signature :	Date : Signature :

Décision du Directeur académique des services de l'Education nationale	
<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Avec traitement	<input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Sans traitement
Date :	Signature :