|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE**  |  **□** **AVEC SORTIE DU TERRITOIRE** |  |
|  |  |  |   |   |  **□** **SANS SORTIE DU TERRITOIRE** |  |
| BOEN n°31 du 29.08.2002 et note de service n°86-302 du 14 octobre 1986 |
| **DEMANDEUR** | **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR** |
| NOM :  |   |  Prénom :  |   |
| Ecole ou établissement d'affectation :  |   |
| Emploi : □ Adjoint □ Directeur □ Maître déchargé de classe □ Titulaire □ Stagiaire □ Contractuel |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **MOTIF DE LA DEMANDE** : |
| □ Exercice du droit syndical □ Journée d'information syndicale □ Fonctions électives □ Examen ou concours □ Raison médicale  |
|   |
| □ Evènement familial (préciser) …………………………………………………………………………………………………………………□ Autre raison (préciser) démarches administratives |
|  Durée de l'absence : du au  |
|  De à ………………………………. le Signature du demandeur |
|   |  |  |  |  |  |  |
|  Nécessité de fournir des pièces justificatives |   |   |
| **DIRECTEUR/TRICE** OU **CHEF D'ETABLISSEMENT** | **OBSERVATIONS DU DIRECTEUR/TRICE OU DU CHEF D'ETABLISSEMENT** |
| 1er degré: Nombre de classes : Nombre d'élèves au total dans l'école :  Nombre d'élèves dans la classe : |
| 2nd degré: Nombre d’heures concernées : |
|  |
|  Le service pendant l'absence du demandeur peut-il être assuré par d’autres personnels enseignants □ oui □ non |
|  Problèmes éventuels liés à l'absence du demandeur et observations : …………………………………………………………………. |
| …….....…………………………………………………………….………………………………………………………………………………. |
|   |  |  |  |  |  |   |
|  à ………………………………… le …………………………. Signature du directeur ou chef d'établissement |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **INSPECTEUR/TRICE** OU **CHEF DE SERVICE** | **OBSERVATIONS DE L'INSPECTEUR/TRICE DE L'EDUCATION NATIONALE /OU DU CHEF DE SERVICE** |
|  Avis □ Favorable □ Défavorable □ Sous réserve de la nécessité de service à la date de l'absence |
|  □ avec traitement □ sans traitement  |  |  |   |
|  L'accueil des élèves doit être assuré |  |  |  |   |
|  Le remplacement sera-t-il assuré ? □ oui □ non □ en fonction des possibilités à la date de l'absence  |
|  à Dembéni……………………………… le …………………………. Signature du Chef du Département Sciences de l’Education |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **RECTEUR** | **DECISION DU RECTEUR** |
|  □ Autorisation refusée □ Autorisation accordée |
|   |  |  |  □ avec traitement □ sans traitement |
|  Observations éventuelles : …………………………………………………………………………………………….………………………. |
|  ……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………… |
|  Motivation en cas de refus : ……………………………………………………………………………………………….…………………... |
|  ………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………. |
|  Fait à Mamoudzou, le ………………………………….. Le Recteur |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

**La décision ci-dessus est transmise : - l’original à l’intéressé(e)**

**- une copie à l’inspecteur de l’Education nationale**