

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE DE DROIT ET FACULTATIVE
ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE**

À transmettre à l'EN de la circonscription de : _____

Texte de référence : **circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017**



À remplir par l'enseignant(e) et le/la directeur(trice) d'école ou le/la chef(fe) d'établissement

NOM : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Classe : _____ Ecole : _____

Commune : _____

Motif de la demande, joindre impérativement un/des justificatif(s) :

Pour examen médical lié à la grossesse (Joindre un certificat médical)

Pour autre examen médical (Joindre un certificat médical)

Pour garde enfant malade (Joindre un certificat médical)

Autre motif (joindre tous les justificatifs) précisez le motif : _____

Pour les autres motifs :

➤ Veuillez vous référer à la circulaire n° 2017-050 du 15 mars 2017, disponible sur l'intranet dans la rubrique "congé-absences"

Pour événement familial (Joindre tous les justificatifs) précisez l'événement : _____

Pour convenance personnelle (Joindre tous les justificatifs) précisez le motif : _____

Date et durée de l'absence :

Du : ___/___/20___ au : ___/___/20___ soit : ___ jour(s) **ou** de : ___h___ à : ___h___ soit : ___h___

Dans le département : Hors du département (à préciser) : _____

Date de la demande : ___/___/20___

Signature de
l'enseignant(e) :

Signature du/de la
directeur(trice) ou chef(fe)
d'établissement :

Besoin d'un remplaçant : OUI : NON :

Pour les demandes dans le département : Décision de l'Inspecteur(trice) de l'Education Nationale

Décision de l'EN :

Autorisation accordée Avec traitement Sans traitement

Autorisation refusée Motif : _____

Date : ___/___/20___

Signature de l'Inspecteur(trice)
de l'éducation nationale :

Pour les demandes hors département : Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'EN après avis de l'EN

Avis de l'EN :

Favorable Avec traitement Sans traitement

Défavorable Motif : _____

Date : ___/___/20___

Signature de l'Inspecteur(trice)
de l'éducation nationale :

Décision du/de la Directeur(trice) académique des services de l'éducation nationale :

Autorisation accordée Avec traitement Sans traitement

Autorisation refusée Motif : _____

Date : ___/___/20___

Signature du/de la
directeur(trice) académique :