DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

A transmettre au Service Académique dans la mesure du possible 3 jours avant la date de l'absence

NOM : Prénom :

Fonction :

Etablissement :

SOLLICITE UNE AUTORISATION D'ABSENCE

Pour la journée du	• à partir de H à H	Nombre d'heures non assurées :
Pour les journées : du	au inclus	

MOTIF

❑ MALADIE (*) :
❑ MATERNITE (*) ou ADOPTION (*) :
❑ GROSSESSE ou COUCHE PATHOLOGIQUE (*) :
❑ GARDE ENFANT MALADE (*) :
❑ MOTIF PERSONNEL
- ❑ Naissance ❑ Mariage
- ❑ Santé ❑ Deuil
- ❑ Affaire grave et urgente
- ❑ Autre (préciser)

……..

(*) Joindre pièces justificatives

❑ EXERCICE de la FONCTION ELECTIVE ❑ réunion (*) ❑ candidature

❑ EXERCICE de la FONCTION D'ASSESSEUR

❑ EXERCICE de la FONCTION SYNDICALE ❑ réunion (*) / congrès (*) ❑ formation

❑ PARTICIPATION à une REUNION (*)
précisez : ……

❑ PREPARATION EXAMEN-CONCOURS (*)

❑ AUTRE (préciser): ……

Joindre pièces justificatives

A Saint-Pierre le :

Signature du demandeur :

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT - DIRECTEUR D'ECOLE

❑ Favorable
❑ Favorable sous réserve de remplacement le :
❑ Réservé - motif :
❑ Défavorable

A Saint-Pierre le :

Signature du Directeur: :

DECISION DU CHEF DU SERVICE ACADEMIQUE

❑ Aurorisation d'absence accordée avec maintien de traitement (jours)
❑ Autorisation d'absence accordée avec remplacement des heures non assurées (jours)
❑ Autorisation d'absence accordée avec retrait de traitement (jours)
❑ Autorisation d'absence refusée (jours)
❑ Situation de Congé Maladie - Maternité - Pathologique - Garde d'Enfant (jours)
❑ Autre: ……

A Saint-Pierre le :

Signature :

Dossier 1 Intéressé(e) s:c directeur école ST

SERVICE ACADEMIQUE B.P 4239 - 97500 SAINT-PIERRE et MIQUELON - FAX 41 26 04