



Nom de l'établissement

DEMANDE DE CONGE
(maladie : 7 jours d'arrêt plein)

Ce document est indissociable de la demande d'autorisation préalable de candidature à une délégation auxiliaire dans le 1^{er} degré (pièce n°12)

Année scolaire 2016 / 2017

Nom d'usage Nom de Famille.....

Prénom.....

Nature du congé⁽¹⁾ : maladie maternité accident du travail stage autre

Date extrêmes du congé

Dates et durée des congés obtenus dans les 12 derniers mois :

Pièces jointes ⁽¹⁾: certificat médical _____

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT SUR L'ATTRIBUTION DU CONGE

Favorable défavorable

Avec traitement sans traitement

Toute absence non justifiée pourra faire l'objet d'un retrait sur salaire, de la durée de l'absence, à raison d'une journée minimum.

ORGANISATION DE LA SUPPLEANCE

Nom du suppléant	Date de prise de service	Nombre d'heures confiées (2)	Classe

Fait à _____ le _____

Signature du chef d'établissement

(1) Mettre une croix dans la case correspondante

(2) Nombre d'heures supplémentaires, 27h ou 13h50